

Validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II

Nataly De Ávila De la Hoz

Laura Vanessa Márquez Jiménez



Universidad de La Costa, CUC.

Facultad de Psicología

Barranquilla

2017

Validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II

Nataly De Ávila De la Hoz y Laura Vanessa Márquez Jiménez

Trabajo de grado

Tutora:

Psic. Eileen García Montaña

Co-tutora:

Esp. Paola García Roncallo

Universidad de La Costa, CUC.

Abril de 2017

Notas de autores:

Laura Vanessa Márquez Jiménez y Nataly De Ávila De la Hoz. Estudiantes de psicología,

Facultad de Psicología, Universidad de la Costa, CUC

La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Laura Vanessa Márquez Jiménez. Facultad de Psicología, Universidad de La Costa, CUC. Barranquilla – Colombia.

Email: lmarquez8@cuc.edu.co

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Decano

Firma Líder de Grupo de Investigación

Firma de la Tutora

Firma de la Co-Tutora

Firma Juez Interno

Firma Juez Externa

Junio 16 de 2017

Agradecimientos

Primeramente, queremos dar gracias a Dios por las infinitas bendiciones recibidas a lo largo del proceso, por ser un pilar fundamental en la consecución de esta gran meta.

A nuestros padres y hermanos por ser el motor que nos impulsa a seguir adelante y ayudarnos a luchar por nuestros sueños, por haber creído en nosotras siempre y darnos su amor, sacrificio y entrega para que logremos alcanzar nuestros anhelos.

Sin duda, nuestros más sinceros agradecimientos a las mejores tutoras Daniella Abello, Eileen García y Paola García por su cariño, apoyo incondicional, dedicación y esmero por hacer de nosotras unas excelentes personas y profesionales. Cada instante que nos brindaron fue de gran crecimiento a nivel académico y personal, les agradecemos mucho por contagiarnos de ese amor y pasión por la investigación.

Nuestros más sinceros agradecimientos a Janivys Niebles por su apoyo incondicional durante nuestro proceso. ¡Mil Gracias Familia C2 son los mejores!, ustedes hacen parte fundamental de este logro.

Igualmente, muchas gracias a todas las personas que confiaron en nosotras y nos dieron su apoyo y motivación.

Con cariño y una gran alegría que nos invade, hoy podemos decir este triunfo también es de ustedes.

Laura Vanessa Márquez Jiménez

Nataly De Ávila De la Hoz

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-II). Para dar respuesta a los objetivos planteados se inició con la creación de una matriz semántico- operacional en la que se consignó la revisión realizada conforme al modelo teórico cognitivo, los sistemas internacionales de clasificación (Manual Diagnostico y estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-V] y Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE-10]) y la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA- Versión I) y (EMTA- Versión II). La anterior revisión arrojó resultados sobre los criterios contemplados de la primera versión de la escala con relación a los 4 sistemas de respuesta (Cognitivo, Afectivo, Conductual y Motivacional) y sobre los criterios con los que no cumple. Posteriormente, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 5 jueces clínicos (Pacientes con trastornos Afectivos) y entrevistas abiertas 6 jueces profesionales (Psicólogos clínicos y psiquiatras). A los jueces clínicos se les realizó una entrevista semiestructurada sobre la manifestación y experiencia del trastorno; de las cuales emergieron categorías conforme a la sintomatología expresada por estos y con relación a los jueces profesionales se les realizó una entrevista semiestructurada y una posterior evaluación de los componentes generales por medio de una matriz en la que se requería evaluar la pertinencia con una puntuación de 1 a 5, siendo 5 el mayor puntaje, este formato incluía la opción de realizar observaciones generales y particulares. Como resultado de las respuestas de los jueces clínicos y profesionales se realizó la concreción sintáctica del constructo; la cual se divide en elementos relacionados con Depresión y elementos relacionados con Manía. Finalmente, se puso a consideración de 3 jueces profesionales (1 psicologo clínico, 1 psicométrico y 1 lingüista) el banco preliminar de reactivos de EMTA-II para que los evaluaran a partir de los siguientes criterios: pertinencia, claridad,

coherencia, suficiencia y relevancia. Las evaluaciones fueron analizadas por medio del coeficiente V de Aiken para determinar la validez de contenido de la escala, los ítems evaluados por debajo de .70 fueron eliminados y/o puestos a revisión, en general obtuvieron una buena puntuación.

Palabras clave. Validez de contenido, Manuales diagnóstico, Trastornos Afectivos, V de Aiken.

Abstract

The present study aimed to evaluate the content validity of Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-II). In order to respond to the proposed objectives, we started with the creation of a semantic-operational matrix in which a review was carried out with the cognitive theory model, the international classification systems (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-V] And International Classification of Diseases (ICD-10) and the Multidimensional Scale of Affective Disorders (EMTA-Version I) and (EMTA-Version II). The previous review yielded results on the contemplated criteria of the first version of the scale with the relation to the 4 systems of response (Cognitive, Affective, Behavioral and Motivational) and on the criteria with which it does not comply. Subsequently, semi-structured interviews were conducted with 5 clinical judges and open interviews with 6 professional judges (clinical psychologists and psychiatrists). Clinical judges were given a semi-structured interview on the manifestation and experience of the disorder; From which emerged categories according to the symptomatology expressed by these and with the relation to the professional judges a semi-structured interview and a subsequent evaluation of the general components were carried out by means of a matrix in which the value of pertinence with A score of 1 to 5, with 5 being the highest score, this format includes the option of making general and particular observations. As a result of the answers of the clinical and professional judges the syntactic concretion of the construction was realized; which is divided into elements related to Depression and elements related to Mania. Finally, a consideration of 3 professional judges (1 clinical psychologist, 1 psychometric and 1 linguist) was made the preliminary reagent bank of EMTA-II to evaluate them based on the following criteria: relevance, clarity, consistency, adequacy and relevance. The evaluations were analyzed using the Aiken V coefficient to determine the content validity of

the scale, the items evaluated below .70 were eliminated and / or given a review, in general they obtained a good score.

Keywords. Content validity, Diagnostic manuals, Affective Disorders, Aiken V.

Contenido

Lista de Tablas y Figuras	xii
Lista de Anexos.....	xv
Introducción	1
1. Definición del problema	4
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Formulación del problema	8
2. Justificación	9
3. Objetivos	13
3.1 Objetivo general:.....	13
3.2 Objetivos específicos:	13
4. Marco teórico	14
4.1 Medición de lo psicológico	14
4.2 Evaluación Dimensional.....	15
4.2.1 Antecedentes de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos- EMTA.....	22
4.2.2 Antecedentes de investigaciones.....	24
4.2.3 Teorías explicativas de la Depresión.....	26
4.2.3.1 Teorías conductuales de la Depresión.....	26
4.2.3.2 Teorías cognitivas de la Depresión.....	27

4.3 Evaluación Categorical.....	29
4.3.1 Fundamentos psicométricos básicos.....	36
4.3.2 Teoría Clásica de los Tests (TCT).....	40
4.3.3 Claridad en el constructo.....	41
4.3.4 Creación/adaptación de tests psicométricos.....	41
4.3.5 Tabla de Especificaciones.....	42
5. Metodología.....	45
5.1 Diseño de investigación.....	45
6. Presupuesto.....	51
7. Cronograma.....	52
8. Resultados.....	53
8.1 Evaluación Semántico-operativo de la EMTA.....	53
8.1.1 Análisis de experiencia clínica asociada a los Trastornos Afectivos.....	54
8.2 Valoración de pertinencia de las dimensiones de EMTA-II.....	73
8.3 Primera modificación del banco de ítems.....	77
8.4 Evaluación del banco de reactivos.....	85
8.4.1 Subescala de Depresión.....	86
8.4.2 Subescala de Manía.....	109
9. Discusión.....	129
10. Recomendaciones.....	134

Referencias.....	136
Anexos.....	148

Lista de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 4.1 Escalas diseñadas para medir Depresión.....	17
Tabla 4.2 Escalas diseñadas para medir Manía.....	19
Tabla 4.3 Escalas diseñadas para medir otros Trastornos Afectivos.....	21
Tabla 4.4 Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastornos Depresivos.....	30
Tabla 4.5 Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastornos Bipolares.....	32
Tabla 4.6 Criterios del CIE-10 que guardan relación con los criterios del DSM-V para Trastornos Depresivos y Bipolares.....	34
Tabla 5.1 Especificaciones de la muestra.....	47
Tabla 5.2 Criterios y niveles de valoración.....	48
Tabla 6.1 Presupuesto.....	51
Tabla 7.1 Cronograma.....	52
Tabla 8.1 Valoración de pertinencia de la definición semántico-operacional inicial del constructo, de la EMTA-II.....	73
Tabla 8.2 Evaluación de las características del ítem 35 de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	87
Tabla 8.3 Evaluación de las características de los ítems del sistema cognitivo de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	88

Tabla 8.4 Evaluación de las características del ítem 35 de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	97
Tabla 8.5 Evaluación de las características de los ítems del sistema cognitivo de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	100
Tabla 8.6 Evaluación de las características de los ítems del sistema conductual de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	104
Tabla 8.7 Evaluación de las características de los ítems del sistema afectivo de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	108
Tabla 8.8 Evaluación de las características de los ítems del sistema motivacional de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	110
Tabla 8.9 Evaluación de las características de los ítems para la medida del impacto de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos.....	115
Tabla 8.10 Evaluación de las características de los ítems del sistema cognitivo de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos.....	121
Tabla 8.11 Evaluación de las características de los ítems del sistema conductual de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos.....	125
Tabla 8.12 Evaluación de las características de los ítems del sistema afectivo de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos.....	127

Figuras

Figura 8.1 Mapa general de categorías de la Experiencia Clínica asociada a los Trastornos

Afectivos.....56

Figura 8.2 Mapa de la categoría Depresión sobre la Experiencia Clínica asociada a los Trastornos Afectivos.....63

Figura 8.3 Mapa de la categoría Bipolaridad sobre la Experiencia Clínica asociada a los Trastornos

Afectivos.....72

Figura 8.4 Esquema de la definición sintáctica del constructo.....77

Lista de Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado.....	153
Anexo 2. Definición semántica y operativa de la variable.....	155
Anexo 3. Evaluación de los ítems de la “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II.....	157
Anexo 4. Componentes generales de la Depresión y la Manía.....	177
Anexo 5. Tabla de Especificaciones de la prueba.....	201
Anexo 6. Matriz de congruencia.....	211

Introducción

Los trastornos Afectivos con el pasar de los años, se han establecido como unas de las patologías de mayor importancia, dada su prevalencia. Según la World Federation of Mental Health [WFMH] (2012) los Trastornos Afectivos ocuparan el primer lugar en la causa de carga global de enfermedad para el 2030. Frente a este panorama, en materia de salud mental han emergido diferentes iniciativas dirigidas a la generación y estandarización de instrumentos psicométricos que evalúen de forma objetiva la presencia, frecuencia y cronicidad de sintomatología asociada a los Trastornos Afectivos, pretendiendo así buscar una mejora sustancial en la deficiencia existente en la medición y evaluación de trastornos afectivos, de ahí la importancia de instrumentos psicométricos que reporten confiabilidad, fiabilidad y validez en su medición.

La descripción del marco teórico que dirigió los procesos asociados a esta investigación inició con el abordaje de los conceptos relacionados con las condiciones especiales que implican la medición del objeto de estudio de la psicología, sus elementos constitutivos, sus factores asociados y los retos de la misma. De igual manera se presentan los datos más relevantes en el marco de la evolución histórica de la medición psicológica, y consecuentemente se identifican las fortalezas y debilidades de algunos estudios que en el último siglo han procurado desarrollar instrumentos psicométricos para la medición de elementos de los Trastornos Afectivos, ya sea Depresión, Manía y/o Bipolaridad.

Posteriormente, con miras a profundizar en los argumentos y las bases teóricas de la estructura que contempla la Escala EMTA, se ha establecido una aproximación conceptual y empírica sobre los referentes que brindan evidencia de la pertinencia y relevancia de cada uno de sus reactivos y los parámetros que dinamizan la misma, desde una postura crítica, integrando así

los principales elementos teóricos que se consideraron para la construcción de la Escala, los cuales se circunscriben a dos grandes aspectos: a) Las teorías que procuran explicar los fenómenos de la Depresión y la Manía desde el paradigma cognitivo-conductual, que es el eje de éste estudio y de la investigación de Abello y Cortes (2011), autores de la Escala; y b) Los criterios del DSM V y del CIE-10 que se consideraron para el diseño de los ítems.

Subsiguientemente se analizan algunos conceptos y teorías desde el marco de la psicometría que resultan claves para el desarrollo de esta investigación, tales como: a) El concepto de validez, fiabilidad y confiabilidad, haciendo énfasis en la validez de contenido, y b) Las teorías de los Test, mas específicamente La Teoría Clásica de los Test y la Teoría de Respuesta al ítem.

La presente investigación según su finalidad, es de tipo Instrumental, el método a emplear es el Mixto Anidado con método central cualitativo y método anidado cuantitativo, en tanto la investigación se centra en el análisis teórico de la literatura que soporta la evaluación categorial de los constructos de depresión y manía, así como el componente cualitativo del juicio de los expertos (Clínicos y profesionales), e incluye el soporte objetivo de la calificación de cada reactivo derivado de la evaluación cuantitativa de los jueces mediante el empleo del coeficiente V de Aiken, nutriendo así los resultados obtenidos con el método principal. La muestra estuvo conformada por 3 grupos de jueces: El primer grupo compuesto por 5 Sujetos clínicos (M1) pacientes con diagnóstico de Trastornos Afectivos (Depresión y Trastorno Bipolar), el segundo grupo conformado por 6 Jueces Profesionales (M2) psicólogos clínicos y psiquiatras con experiencia en Trastornos afectivos, por último, el tercer grupo conformado por 3 Jueces Expertos (1 Psicométrico, 1 Lingüista y 1 Psicólogo clínico).

Para efectos de recolección de datos se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas, los elementos resultantes fueron codificados (para el caso particular de los jueces profesionales y

jueces expertos se emplearon tablas en Excel con los componentes generales de la prueba y los ítems en el caso de los segundos jueces) posteriormente, estos resultados fueron analizados mediante el coeficiente V de Aiken lo cual permitio determinar que, en síntesis, la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) cuenta con una validez de contenido adecuada teniendo como referencia los ítems que obtuvieron un puntaje igual o mayor a 70.

1. Definición del problema

1.1 Planteamiento del problema

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) la Depresión afecta alrededor de 350 millones de personas a nivel mundial, considerándose actualmente la mayor causa de discapacidad, los trastornos afectivos como la depresión y la bipolaridad representan gran parte de la carga mundial de morbilidad en salud mental, ocupando el primer y sexto puesto respectivamente (OMS, 2012).

Las proyecciones no son menos inquietantes, pues para el año 2020 la Depresión tendrá un nivel de prevalencia tan alto, que se posicionará como la segunda causa de incapacidad en el mundo (OMS, 2007); mientras que en el 2030 se constituirá la primera causa de morbilidad a nivel global por encima de enfermedades como las infecciones respiratorias, diarreicas y cerebro-vasculares. No obstante, en países como México las proyecciones se han adelantado; puesto que desde 2012 la Depresión ya figura como la primera causa de discapacidad (OMS, 2012).

Por su parte, importantes organizaciones como The World Federation for Mental Health [WFMH], (2012) han establecido que trastornos afectivos como la Depresión no solo son críticos en términos de sus elevados niveles de prevalencia; si no por el grado de incidencia que impacta en la calidad de vida de las personas, siendo un fenómeno que en sus estados más graves puede incluso conllevar al suicidio.

En Colombia, los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF], (2014), indican que las enfermedades mentales son la segunda causa desencadenante del acto suicida en el país. De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental (2015) en

Colombia, la prevalencia de los trastornos mentales en adultos es de 9,1%, en general las enfermedades mentales son más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto en el caso de los trastornos afectivos bipolares pues son los hombres quienes presentaron tasas más elevadas.

Una de las fuertes incidencias de las enfermedades mentales prevalentes, se da en términos económicos dados los altos costos que implican para la economía mundial puesto que representan cerca de US\$1 billón de inversión anual de los cuales cerca de 147 millones de dólares estadounidenses se utilizan para la ampliación del tratamiento de la depresión, los medicamentos antidepresivos y el asesoramiento psicosocial. Mientras en los países en vías de desarrollo como Colombia existe muy poco presupuesto dispuesto para la adecuada cobertura en cuanto a servicios en salud mental; de hecho, los costos indirectos que se alcanzan a registrar por la pérdida de productividad son mayores en relación a los costos asignados para la atención, lo cual afecta el crecimiento económico del país (OMS, 2004; OMS, 2016).

De acuerdo a las cifras aportadas por la OMS más de la mitad de afectados por Depresión (alrededor del 90% en cada país) no reciben el tratamiento eficaz como consecuencia de la falta de recursos, escases de personal médico capacitado para atenderlos, además de la evaluación clínica inexacta y de la estigmatización que existe frente a los trastornos mentales (OMS, 2016).

En relación a lo anterior, en lo concerniente a los trastornos afectivos se conoce que la brecha terapéutica está ligada a la posibilidad o probabilidad de que ocurra una evaluación, un diagnóstico o una intervención (WFMH, 2012; WFMH, 2015). Particularmente en Colombia se han ajustado los criterios diagnósticos de los trastornos afectivos; lo que trae consigo una subclasificación de estos, las escalas con las que se realiza el proceso de evaluación diagnóstica no evidencian los cambios, lo cual implica la recurrencia con la que se desarrollan procesos investigativos con instrumentos psicométricos desactualizados, que no se contrastan con el

estado que en la actualidad tiene el conocimiento científico (Sánchez, Jaramillo & Gómez-Restrepo, 2008).

Actualmente, en respuesta a la necesidad de evaluar y medir los trastornos afectivos se han implementado diversas pruebas que se encargan de llevar a cabo lo antes mencionado, pero a su vez esta proliferación de creación, adaptación y revisión de las mismas ha traído efectos colaterales. Autores como Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo & De Vicente (2002) plantean que la psicología como disciplina podría caer en un caos como consecuencia de la complejidad que representaría para los profesionales definir cuál de la gran cantidad de pruebas que se han realizado es la adecuada para aplicar a los pacientes que presentan determinado trastorno; por lo cual consideran pertinente que existan sistemas de evaluación con una estructura clara, sólida y precisa que mejore la evaluación de trastornos. El uso adecuado de los instrumentos de medida tiene dos importantes niveles de implicación: el primero corresponde al punto de vista profesional, pues es sumamente transcendental que las personas sean evaluadas de manera rigurosa para que la toma de decisiones frente a distintos aspectos de su vida por parte de los psicólogos sea apropiada y se adapte a la correspondiente norma deontológica. El segundo es el punto de vista científico, que corresponde al empleo de los adecuados instrumentos de medida pues es la única manera de aportar al avance de la psicología científica e ir implementando nuevos instrumentos de medida para la práctica profesional. Una ciencia psicológica sólida con resultados replicables es posible únicamente si los instrumentos de medida empleados tienen propiedades métricas óptimas, los problemas para replicar la investigación psicológica que se presentan en la actualidad provienen de diversas causas, una de ellas se relaciona con los instrumentos de medida empleados (Ioannidis et al., 2014; Koole & Lakens, 2012; Nosek & Lakens, 2014; Nosek et al., 2015).

Al indagar sobre la realidad de esta temática a nivel mundial mediante el empleo de palabras en el buscador como: Test adaptation, Test translation y test construction, en segundos se obtienen los siguientes resultados: Test adaptation: 119.000.000, Test translation: 240.000.000, Test Construction: 528.000.000.

Para la creación/ adaptación de Tests es necesario que haya un procedimiento claro y con información consignada en siete apartados que corresponden a las fases con las que debe contar un test para tener criterios de validez acordes a lo que se desea evaluar. Dentro de estas fases se encuentra la validez de contenido mediante la cual se determina si los ítems que constituyen un instrumento de medición son relevantes y a la vez representativos del constructo a evaluar, si bien existen pruebas en las que los autores otorgan diferentes dimensiones y conceptualizaciones a un constructo que han llamado de la misma forma, la validez de contenido responde a la definición de un constructo en particular mientras que para otros no (Mitchell, 1986).

El desarrollo de cada una de las fases de creación/adaptación de los tests psicométricos es importante, puesto que permite tener como resultado una prueba válida y fiable, esto se obtiene mediante un constructo claro y delimitado, obtenido a través de la construcción de ítems que respondan a los criterios que se pretende evaluar y una puntuación indicativa que se obtiene con la escala; es pertinente contar con evidencias externas de validez, que a su vez se basan en el estudio de las relaciones entre el test y un criterio que lo prediga (Validez de criterio), otros tests que midan lo mismo o constructos con los que tendrían relación (Validez convergente), con variables que son teóricamente relevantes y que requieren diferenciarse (Validez discriminante) (AERA, et al., 1999). En caso de no contar con constructos teóricos claros y delimitados la creación de ítems será deficiente por lo cual carecerá de validez (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Según Mikulic (2007) es frecuente que se empleen tests psicológicos en contextos para los que no han sido creados, por lo que existe discrepancia en cuanto a la cultura, el idioma y falta de familiarización con diversos estímulos que son propios del medio en el que se creó la prueba; estas características son traducibles en fuentes de sesgo, lo que puede generar efectos adversos al realizar la aplicación de los tests y obtener resultados erróneos que conllevan a un mal manejo del tratamiento del paciente. El campo de la clínica, y particularmente el de evaluación de los trastornos afectivos no es ajeno a esta dificultad; por lo que se considera imprescindible la generación de instrumentos que permitan solventar los vacíos que existen en torno a la calidad de las pruebas y su contextualización a la población colombiana.

1.2 Formulación del problema

Es así como se plantea la pregunta problema para esta investigación ¿Cuál es la validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-II)?

2. Justificación

La OMS (2004) a través del Departamento de Salud Mental y abuso de sustancias tiene como meta la reducción de la carga relacionada a los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias. En mayo de 2012, en la Asamblea Mundial de la Salud se adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga de enfermedades mentales y la necesidad de una respuesta integral, social y coordinada de los sectores sanitarios, solicitando así a los países miembros un plan de acción integral sobre salud mental en el que se aborden servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas. En el plan de acción se aborda la brecha en salud mental (mhGAP), este plan es de alcance mundial y su objetivo principal es proporcionar las orientaciones para la creación de los planes de acción nacionales dirigidos en específico a cada país (OMS, 2013).

En contraposición con los costos que genera la inversión en tratamientos de salud mental, los beneficios que este genera son superiores. Se calcula que la mejoría va desde la participación y productiva laboral (5%) lo que supone un beneficio de US\$ 399.000 millones, además de la mejora sustancial de la salud de otros que se traduce en US\$ 310.000 millones (OMS, 2016).

Los adelantos científicos en la actualidad han mejorado la comprensión, el manejo y el pronóstico en los trastornos mentales, lo cual unido a la voluntad política permite a la OPS y a sus Estados miembros ubicar a la salud mental en un lugar importante en su programa de trabajo y poder afrontar de forma exitosa los desafíos que se presenten en los últimos diez años en torno a la salud mental (OPS, 2009). Como respuesta a las altas cifras que registran los trastornos mentales y a la brecha terapéutica en los últimos 3 años; se han implementado gradualmente las Guías de intervención del mhGAP, además de la capacitación en atención primaria donde se han obtenido resultados significativos en los países que han seguido el proceso y que buscan una atención integral para los pacientes (OPS, 2014).

Es de suma relevancia tener en cuenta los datos de prevalencia y las características asociadas a los trastornos afectivos pues estos demuestran que es pertinente generar programas de evaluación y tratamiento eficientes, tal como lo estipulan los lineamientos del plan nacional de desarrollo 2014-2018 en el apartado de salud, el cual fue llamado “Seguridad social integral: Acceso universal a la salud de calidad”, a través de este se busca alcanzar calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad del servicio que se brinda, además de tener como meta la generación de hábitos de vida saludable y mitigación de la pérdida de años de vida saludable por enfermedades o condiciones no transmisibles, a su vez busca incentivar la implementación de planes tácticos para la gestión de las plataformas sociales y científicas en torno a la salud mental (Santos 2014).

Por su parte, el Ministerio de salud y Protección Social en conjunto con Colciencias tienen como objetivo cumplir los términos de la convocatoria 500 de 2009 de Colciencias en la cual se incentiva la conformación de un banco de proyectos para el desarrollo de Guías de Atención Integral (GAI) basada en evidencia, se escogió el proyecto que lleva como título “detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos”, en el cual se busca brindar una atención integral a los adultos con estos diagnósticos.

Dadas las demandas del sistema y la falta de instrumentos diseñados y/o adaptados para evaluar los trastornos afectivos en población colombiana de manera eficiente, se hace necesario aportar a la creación, adaptación y/o validación de instrumentos psicométricos que evalúen este constructo en población clínica. Cuando se cuenta con instrumentos que cumplen las fases requeridas para su creación/adaptación su validez y fiabilidad son mayores los beneficios ya que se cuenta con un constructo claro y delimitado de acuerdo a la temática a evaluar, por lo que la evaluación puede ser más precisa y por ende el diagnóstico más oportuno y eficiente con miras a un tratamiento eficaz (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Es notable la importancia que tiene la existencia de un debido diseño, adaptación y/o validación de instrumentos psicométricos para evaluar los trastornos afectivos, puesto que de ello depende el acercamiento a un diagnóstico más fiable, oportuno y eficiente, que derive en un mejor proceso de intervención (López, 2007). En este escenario, uno de los momentos más importantes en el proceso de construcción y/o adaptación de un instrumento, lo constituye el establecimiento de la validez de contenido de la escala o test; puesto que, si se logra obtener un constructo claro y delimitado en cuanto al abordaje teórico, los componentes o facetas operativas, la fiabilidad y validez de la prueba será mayor (AERA, 1999).

Dentro del proceso de validez de contenido es muy favorable la utilización del coeficiente de validez “V de Aiken”, el cual se constituye como la razón de un dato que es obtenido mediante la máxima suma de la diferencia de los posibles valores y puede ser calculado por las valoraciones que realice un conjunto de jueces con base a un ítem o las valoraciones que ha realizado un juez en relación al grupo de ítems. Las valoraciones que se realicen pueden ser dicotómicas (reciben valores entre 0 o 1) o politómicas (reciben valores de 0 a 5) (Aiken, 1980; Aiken, 1985).

La realización de esta investigación en torno al proceso de validez de contenido de un instrumento, aporta al ámbito científico en el desarrollo de pruebas que cuenten con los criterios pertinentes para la evaluación de trastornos afectivos, vistos entre las prioridades investigativas de la contemporaneidad en el campo de la salud mental. En el contexto social se busca contribuir al Plan Nacional de Desarrollo (2014-2018) en la línea de movilidad social desde seguridad social integral para el acceso de los colombianos a salud de calidad, con el desarrollo de óptimas herramientas de evaluación de los trastornos afectivos que respondan a las necesidades particulares de la población. A nivel Institucional se contribuye al Fortalecimiento de las redes

de conocimiento y la producción científica de la institución aportando a la línea investigativa de la Universidad de la Costa, CUC en especial a la Facultad de psicología por intermedio del semillero Cognitivo-Conductual.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general:

Determinar la validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivo - versión II (EMTA-II).

3.2 Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de congruencia (semántica-sintáctica) de EMTA-II respecto a los criterios del Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (DSM-V) y La Clasificación Internacional De Enfermedades (CIE).
- Estimar el criterio de jueces expertos asociado a la valoración de los ítems de la Escala Multidimensional De Trastornos Afectivos (EMTA-II) a partir del índice V de Aiken.
- Establecer la consistencia entre el banco de ítems de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II y la experiencia asociada a los trastornos del estado de ánimo reportada por una muestra clínica.
- Formular la versión EMTA-II β a partir de las consideraciones derivadas de la matriz de concordancia por criterios de evaluación categorial y la valoración de los jueces (expertos y muestra clínica).

4. Marco teórico

Este apartado busca sustentar la fundamentación teórica en la que se enmarca el diseño de la presente investigación.

4.1 Medición de lo psicológico

La evolución de la psicología como disciplina científica ha estado marcada por la búsqueda de métodos que permitan cuantificar aquellos elementos de la conducta humana cuya naturaleza es irreductiblemente cualitativa, por ende, los rasgos de personalidad, los procesos cognoscitivos y las actitudes debían ser susceptibles de medirse en aras de garantizar la veracidad de la información que se está obteniendo sobre éstos. En otras palabras, para llegar al conocimiento debe someterse a estudio una variable determinada, dicho proceso se efectúa exponiendo la variable a una rigurosa medición, que se realiza a partir del diseño de un instrumento (Muñiz, 1998).

La medición de lo psicológico inicia su desarrollo de la mano de Fechner (1860) quien utilizando la experimentación en conjunto con las matemáticas logro establecer una relación logarítmica entre la dimensión física y la psicológica, dando lugar a la psicofísica. Los procedimientos de medición continuaron su evolución, esta vez orientados hacia el sujeto, dentro de esta línea de estudio el pionero fue Francis Galton (1869), las pruebas que llevo a cabo en el laboratorio antropométrico buscaban medir la inteligencia, los resultados de la experimentación fungieron como base para los posteriores análisis cuantitativos, correlacionales y estadísticos de la misma.

4.2 Evaluación Dimensional

Los avances en materia de medición se proyectaron de manera considerable a partir de su uso en la selección de los soldados que participarían en la primera guerra mundial. A partir de ese momento los instrumentos psicométricos fueron empleados en los contextos laboral y académico, consolidando así la percepción de que una herramienta aportaba rigurosidad a cualquier proceso evaluativo y/o investigativo (Muñiz, 1998).

No obstante, quien confiere finalmente a un instrumento de medición la denominación de test es McKeen Cattell (1890) a través de un artículo en el que hacía una descripción de las pruebas aplicadas a un grupo de estudiantes universitarios con el objetivo de evaluar su capacidad intelectual (Costa-Neiva, 1996). Posteriormente, Alfred Binet en compañía de Theodore Simon diseñan en 1905, la escala de medida de la inteligencia en aras de identificar deficiencias mentales en estudiantes, el avance en su elaboración radica en el nivel de complejidad de los ítems, así como en las instrucciones para su aplicación. (Molero, Saiz & Esteban, 1998; Mora & Martín, 2007).

Los avances en materia de medición se proyectaron de manera considerable a partir de su uso en la selección de los soldados que participarían en la primera guerra mundial. A partir de ese momento los instrumentos psicométricos fueron empleados en los contextos laboral y académico, consolidando así la percepción de que una herramienta aportaba rigurosidad a cualquier proceso evaluativo y/o investigativo (Muñiz, 1998).

Según Calderón (1997) El uso de los test fue extendido al ámbito clínico para obtener una visión más amplia acerca de cierto tipo de afecciones que tenían su influencia en el estado mental de los sujetos. Para efectos del ejercicio de marco referencial, se traerán a colación estudios

acerca de la construcción de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar trastornos relacionados con el estado de ánimo.

Las escalas diseñadas por lo general se ocupan de registrar los síntomas de una patología determinada y su finalidad es dar a conocer el estado actual del paciente, la calificación depende de la presencia o ausencia de los síntomas o la cuantificación de su intensidad (Calderón, 1997). En lo referente al tema de la evaluación de los trastornos del estado de ánimo, se encuentra en la literatura un conglomerado relacionado tanto a los episodios (ver tabla 1 y 2) como a los que valoran variables comorbidas (ver tabla 3).

Tabla 1

Escalas diseñadas para medir Depresión

Titulo	Autores	Descripción	Aplicación	
Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)	M. Hamilton	Está conformada por 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.	Debe ser aplicada por un profesional en el área clínica.	Bobes-García, G.-Portilla, Bascarán-Fernández, Sáiz-Martínez, y Bousoño-García, 2002
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Beck, AT; Ward, CH; Mendelson, M; Mock, J; Erbauhg, J	Elaborado en 1961, con el objetivo de evaluar objetivamente las manifestaciones de la depresión, su profundidad o intensidad. Está constituido por 21 categorías de síntomas y actitudes, 14 de ellas corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 a síntomas somáticos y conductuales.	Es empleado en adultos de manera autoadministrada, así como también en forma de entrevista. El tiempo de duración de la aplicación es de 20 minutos.	González-LLaneza, 2007
Autoescala de Depresión de Zung y Conde	Zung; Conde	Creada en 1965, está conformada por 20 ítems que pretenden determinar la frecuencia de aparición de la tristeza, desesperanza, llantos, insatisfacciones, autocastigos, irritabilidad, indecisión, rumiación suicida y otros síntomas físicos como estreñimiento, taquicardia, pérdida de apetito y de peso, variación diurna y ralentización.	El sujeto debe diligenciar el instrumento con orientación previa.	González-LLaneza, 2007
Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)	Goldberg	Se trata de un cuestionario que consta de dos subescalas: una para medir ansiedad y otra depresión, cada subescala contiene 9 preguntas, las 5 últimas solo se formulan si las respuestas a las 4 primeras son positivas.	Hetero-administrado	Chinchilla-Moreno, 2008

<p>Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)</p>	<p>T.L. Brink; J. A. Yesavage; O. Lum</p>	<p>Se diseñó exclusivamente para detectar la presencia de depresión en ancianos. Está constituida por 30 ítems a manera de preguntas y con respuestas dicotómicas.</p>	<p>Auto-aplicada</p>	<p>Bobes-García y otros, 2002</p>
<p>Escala de Depresión Escolar para Maestros (ESDM 3-6)</p>	<p>Edelmira Domènech-Llaberia, Nelson Araneda, Alexandre Xifró y Maria Dolors Riba</p>	<p>Creada con el objetivo de detectar tempranamente síntomas de depresión infantil. Está conformada por 19 ítems a manera de pregunta cerrada que abordan aspectos de la psicopatología depresiva fácilmente detectables por el docente.</p>	<p>Es aplicada a educadores.</p>	<p>Domènech-Llaberia, Araneda, Xifró, y Riba, 2003</p>
<p>Cuestionario Básico de Depresión (CBD)</p>		<p>Este inventario está constituido por 21 ítems que hacen referencia a 3 áreas normalmente relacionadas con la depresión, a saber: el afecto triste, la ahnedonia y la baja autoestima.</p>	<p>El inventario cuenta con 4 alternativas de respuesta de acuerdo al curso que hayan tenido los síntomas en el tiempo, siendo (0) ausencia o duración de menos de 2 semanas; (1) si el síntoma ha estado presente durante más de 2 semanas; (2) si ha estado presente durante meses; (3) si se ha presentado el síntoma durante años.</p>	<p>Wenceslao Peñate, Rosalía Bello, Auxiliadora García, Anna Rovella y Tasmania del Pino-Sedeño, 2014</p>
<p>La medición de la depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica</p>		<p>Este instrumento pretende medir 6 factores: afectividad negativa, baja valoración, somático, comportamiento y pensamiento orientado hacia la espiritualidad, agresividad y desinterés. Los factores se miden a través de una escala tipo Likert que posee 4 opciones de respuesta que dan cuenta de la cantidad de veces por día que se presenta el estímulo en el lapso de una semana.</p>	<p>Su aplicación puede ser grupal en un tiempo estimado de 20 minutos.</p>	<p>De la Cruz-Urzúa, González-Escobar, y Martínez-Monroy, 2007</p>

Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS)	Fue diseñada en el marco del Proyecto MIDAS (Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Service)	Esta escala tipo Likert cuenta con 18 preguntas que se puntúan de 1 a 5. Los resultados se obtienen a partir de la sumatoria de las respuestas dadas a los 16 primeros ítems. Si el resultado es 0 se considera que la sintomatología depresiva es mínima, siendo 64 la intensidad máxima.		Agüera-Ortiz, Luis; Montón, Carmen; Cuervo, Jesús; Medina, Esteban; Díaz-Cuervo, Helena y Maurino, Jorge, 2013
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	Radloff, L.	El objetivo de esta escala es registrar la sintomatología depresiva y sus manifestaciones en los últimos 7 días de ocurrencia.	Auto-aplicada. No necesita personal especializado para su calificación.	González-Forteza, Wagner-Echeagaray, y Jiménez-Tapia, 2012

Nota: Copilado de instrumentos psicométricos que evalúan la Depresión. Por N. De Avila y L. Marquez, 2017.

Tabla 2

Escala diseñadas para medir Manía

Titulo	Autores	Descripción	Aplicación	
Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS)	R. C. Young, J. T. Biggs, V. E. Ziegler, D. A. Meyer	Está conformada por 11 ítems los cuales evalúan los síntomas de manía. La puntuación de los ítems es asignada por un clínico partiendo de lo relatado por el paciente y de su observación.	Heteroaplicada por un profesional entrenado en su uso.	Bobes-García y otros, 2002
Escala para la Valoración de la Manía por Clínicos (EVMAC)	E. G. Altman, D. R. Hedeker, P. G. Janicak, J. L. Peterson, J. M. Davis.	Su objetivo es determinar la gravedad de la sintomatología maniática y psicótica, está constituida por 15 ítems clasificados en 2 subescalas: manía que evalúa irritabilidad/agresividad, humor elevado/euforia,	Heteroaplicada .	Bobes-García y otros, 2002

		<p>hiperactividad motora, fuga de ideas, presión del habla, grandiosidad, distraibilidad, excesiva energía, necesidad de dormir y juicio empobrecido. La subescala psicoticismo se encarga de calificar la ideación delirante, pensamiento desorganizado, orientación, alucinaciones y conciencia de enfermedad.</p> <p>Diseñada en 1973, está conformada por 22 ítems.</p>		
<p>Escala para la evaluación longitudinal de estados maniacos</p>	<p>Petterson, Fyro, Sedvall</p>		<p>El tiempo de aplicación es de 30 minutos y puede ser administrada por cualquier clínico con experiencia en la evaluación de pacientes con manía. Debe ser aplicada por un clínico con experiencia en el campo, el tiempo de administración es de 30 minutos. Autoreporte.</p>	<p>Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003</p>
<p>Escala de evaluación de manía</p>	<p>Bech, Rafaelsen, Kramp, Bolwig</p>	<p>Data de 1978 y está constituida por 11 ítems</p>		<p>Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003</p>
<p>Inventario de Autoreporte para Manía</p>	<p>Shugar, Schertzer, Torner, Di Gasbarro</p>	<p>Elaborado en 1992, contiene 48 ítems que describen tanto síntomas como comportamientos típicos de la manía. El instrumento está compuesto por 16 ítems que responden a 4 dimensiones: activación psíquica, activación física, activación automática y sus efectos y polaridad depresión, megalomanía.</p>		<p>Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003</p>
<p>Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN)</p>	<p>Ricardo Sánchez Pedraza, Luis Eduardo Jaramillo, Carlos Gómez-Restrepo</p>		<p>La escala es de naturaleza ordinal y se encuentra en un formato semiestructurado.</p>	<p>Jaramillo, Sánchez-Pedraza, y Gómez-Restrepo, 2008</p>

Desarrollo y validación de la versión II de la escala EMUN	Ricardo Sánchez Álvaro Navarro Germán Eduardo Rueda-Jaimes Carlos Gómez- Restrepo	A esta segunda versión se le adicionaron 3 ítems, los cuales hacen parte importante de la sintomatología del trastorno, estos son: labilidad afectiva, agresividad e impulsividad.	Sánchez, Navarro, Rueda-Jaimes, y Gómez- Restrepo, 2011
--	--	--	--

Nota: Copilado de instrumentos psicométricos que evalúan la Manía. Por N. De Avila y L. Marquez, 2017.

Tabla 3

Escalas diseñadas para medir otros Trastornos Afectivos

Titulo	Autores	Descripción	Aplicación	
El Inventario para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia	Endicott, Spitzer	Creada en 1978 con el fin de evaluar síntomas afectivos y psicóticos divididos en 8 subescalas.	El tiempo de aplicación es de 1 hora y media a dos horas y debe ser administrada por personal entrenado.	Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003
Escala para Evaluación de Estados de Ánimo en Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados	Mazmanian, Sharma, Persad, Kueneman, Burnham, Franklin, Hemmings, Leiska	Esta escala diseñada en 1994 está conformada por 11 ítems y se emplea para diferenciar a los pacientes que padecen depresión estúpida de los que experimentan cuadros de manía.	Puede ser aplicada por personal de enfermería.	Apiquian, y otros, 1997
Valoración Independiente de Síntomas Maníacos y Depresivos por Autoevaluación	Bauer, Crits-Christoph, Ball, Dewees, Mcallister, Alahi, Cacciola, Whybrow	Elaborada en 1991, está constituida por 17 ítems que hacen parte de 4 subescalas, a saber: actividad, existencia placentera, percepción de conflictos e indicadores de depresión.	Pueden realizarse autoreportes.	Apiquian y otros, 1997
Inventario Chino de Polaridad	Zheng, Lin	Este inventario fue diseñado con el objetivo de valorar el trastorno bipolar y está compuesto por dos subescalas: manía y depresión.	Autoaplicado.	Benavent, Alvarez, García-Valls, Livianos, y L, 2004
Escalas de Depresión, Ansiedad y	Lovibond y Lovibond, 1995	Estas escalas fueron creadas con el propósito de diferenciar		Antúñez y Vinet, 2012

Estrés (DASS - 21)	la ansiedad de la depresión, no obstante, durante el desarrollo del instrumento fue creada la escala “Estrés” para suplir la necesidad de distinguir los síntomas ansiosos y/o depresivos de un estado de activación.
--------------------	---

Nota: Copilado de instrumentos psicométricos que evalúan otros tipos de trastornos. Por N. De Avila y L. Marquez, 2017.

Si bien existe diversidad en cuanto a herramientas y muchas de ellas poseen niveles altos de confiabilidad, muchas presentan inconsistencias en lo relacionado al proceso de validación, así como ausencia de ítems para evaluar ciertas dimensiones e incongruencias respecto a lo que pretenden medir, en nuestro contexto, sumado a esto una de las falencias más significativas es el hecho de que en Colombia no sea muy común la validación de instrumentos psicométricos (Sánchez, Jaramillo, & Gómez, 2008).

En respuesta a la necesidad de una evaluación eficiente de los trastornos afectivos, Abello & Cortés (2013) diseñan la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), que tiene como propósito medir la sintomatología asociada a los trastornos afectivos, teniendo en cuenta la aparición, cronicidad e intensidad. Está constituida por 85 ítems que responden a dos subescalas: de depresión y de manía. El Inventario de Depresión de Beck y la Escala Autoadministrada de Altman se emplearon como referentes (Abello-Luque, Cortés-Peña, Fonseca-Consuegra, García-Roncallo, & Mariño-Buitrago, 2013).

4.2.1 Antecedentes de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos- EMTA:

Fase 1. La Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) fue creada con el propósito de construir y validar una escala que midiera los trastornos afectivos. Estaba conformada por 93 ítems que se dividen en dos subescalas, una de Depresión (1-57 ítems) y una

de Manía (58-93 ítems), se realizó durante su primera fase la aplicación en una muestra piloto que estuvo conformada por 100 sujetos de la Universidad de la Costa (Barranquilla-Colombia) con edades entre los 18 y 44 años, de los cuales 81% eran mujeres y 19% eran hombres. La escala final estuvo compuesta por 85 ítems, los ítems 1 al 47 conforman la Subescala de Depresión y los ítems 48 al 85 la Subescala de Manía, es importante destacar que los ítems 48 al 51 de la Subescala de Depresión y del 81 al 85 de la subescala de Manía evalúan la intensidad y cronicidad de los síntomas. El procesamiento de los datos se realizó con el software SPSS, se estimaron los índices Alfa de Cronbach para ambas subescalas, en la Subescala de Depresión (α : 0.942) y en la Subescala de Manía (α : 0.834). Además, se realizó la estimación de los niveles de correlación ítem-escala y posteriormente el análisis factorial para valorar la validez del constructo. Adicionalmente, se generaron rangos de clasificación de los puntajes que se obtuvieron; para identificar el nivel de Depresión y Manía de los sujetos, las subescalas evalúan rangos de nivel bajo, medio y alto. Para el caso de la Subescala de Depresión se identificaron rangos de clasificación en un nivel bajo para el 81% de los casos y 19% para el nivel medio. Mientras en la Subescala de Manía, los rangos de clasificación están en 82% en un nivel bajo y 18% en el nivel medio; lo cual es consistente con la naturaleza de la muestra piloto (de corte no clínico).

Fase 2. Diseño y estandarización de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), a partir del análisis desde la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) por medio de una muestra de 384 estudiantes de 3 instituciones de educación superior de Barranquilla, con sujetos entre los 17 y 26 años de edad. Los resultados obtenidos fueron recolectados mediante la administración de 3 instrumentos: la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, el Inventario de Depresión de Beck (α = .791) y la Escala Autoaplicada de

Altman ($\alpha = .566$). Los resultados que se reportaron se ajustaron a los parámetros de ambos modelos. Mediante el análisis desde la TCT, fueron evidenciados los índices alfa de Cronbach con puntajes significativos en ambas escalas ($\alpha = .942$ para la Subescala de Depresión y $\alpha = .864$ para la Subescala de Manía), lo cual prueba la consistencia interna con correlaciones ítem-escala superior a .3 para todos los ítems. A partir de la TRI, se reportó la fiabilidad en Depresión .88 en las personas y .99 en los ítems, mientras los índices de Manía fueron de .84 en las personas y .87 en los ítems. De acuerdo a los resultados es posible asegurar que se conservó un ajuste monotónico creciente, con lo que se corrobora el cumplimiento del principio de la invarianza en la medición del rasgo latente.

Fase 3. La tercera fase es el proceso de estandarización de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos-EMTA por medio de un estudio instrumental. El propósito fue generar indicadores psicométricos y escalas normativas de uso clínico por medio de una muestra clínica de 60 sujetos con diagnóstico de trastornos afectivos, elegidos por medio de un muestreo no probabilístico, por criterio de expertos. Se les administraron 3 instrumentos psicométricos: EMTA (Subescala de manía $\alpha = .87$ - Subescala de Depresión $\alpha = .958$), el Inventario de Depresión de Beck - II ($\alpha = .901$) y el Inventario Chino de Polaridad ($\alpha = .901$ y $\alpha = .826$). Los resultados obtenidos indicaron que los ítems se ajustaron de forma satisfactoria a los parámetros establecidos por el Modelo Lineal (TCT) y el Modelo de Crédito parcial de Rasch, lo que evidencia un ajuste monotónico creciente de los reactivos, corroborando que se cumple con el principio de la invarianza en la medición del rasgo latente.

4.2.2 Antecedentes de investigaciones.

El Inventario de dependencia emocional- IDE fue construido y validado, con la finalidad de crear un instrumento que reuniera las propiedades psicométricas óptimas para medir la

dependencia emocional. El estudio fue realizado en Lima (Perú) con una muestra de 757 participantes (359 hombres y 398 mujeres), con edades entre 18 y 55 años. La prueba inicial estaba conformada por 209 reactivos, fue enviada a 5 jueces expertos (3 psicólogos clínicos, 1 psicométrico y 1 psiquiatra) para su evaluación, en el proceso se eliminaron más del 75% de los ítems por medio de procedimientos sistemáticos, la prueba final quedó conformada por 49 ítems y luego se llevaron a cabo estudios prepiloto y piloto para analizar los ítems. Posteriormente, se aplicó la prueba final a una muestra de 31 mujeres que pertenecen a un programa de tratamiento y a un grupo de 28 sujetos no clínicos. Asimismo, se aplicó la prueba a una cuarta muestra para obtener niveles de confiabilidad y validez (se hallaron indicadores de confiabilidad y evidencias de una validez adecuada del constructo), además de los baremos. Finalmente se redactó el manual del instrumento (Aiquipa, 2012).

Otro de los antecedentes fue la construcción de una prueba psicológica para medir los Factores Asociados al Desempeño Escolar (FADE), siguiendo lo estipulado por la Teoría clásica de los Test- TCT, los aspectos de medición y la evaluación desde una estrategia multi-informante aplicada a contextos escolares. Inicialmente la prueba estaba compuesta por 170 ítems, 79 del cuestionario dirigido a padres/cuidadores y 91 dirigidos a docentes; esta versión fue sometida a evaluación por jueces expertos (4 psicólogos y 1 educadora especial). Los jueces evaluaron 5 criterios: a) pertinencia, b) claridad, c) correspondencia, d) unanimidad y e) dirección. Además de evaluar la suficiencia y claridad de las instrucciones del cuestionario. De forma posterior, se aplicó el cuestionario a 25 docentes y 25 padres/cuidadores, con el fin de evaluar la claridad del lenguaje de los ítems de la prueba. La prueba fue aplicada a 277 sujetos pertenecientes a instituciones educativas de carácter público en el sector rural y urbano del municipio de Pasto. Se realizó un análisis cuantitativo de los reactivos y de la prueba; las evidencias de validez de

contenido se obtuvieron a partir de la evaluación de jueces y la validez de criterio se obtuvo mediante la aplicación del modelo clasificacional de Wilson y Reichmuth (1985 citados en Galindo, 2002, p. 170). La confiabilidad de la prueba se obtuvo mediante el coeficiente KR20 con un puntaje de .92 para la prueba total, además, se establecieron evidencias de validez de criterio, constructo y contenido. El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete SPSS versión 13. La evidencia da cuenta de que la prueba resulta útil para ser aplicada como herramienta en la evaluación clínica y ser usada en investigación.

4.2.3 Teorías explicativas de la Depresión.

4.2.3.1 Teorías conductuales de la Depresión. El aporte conductual viene de la mano de Lewinsohn, Weinstein y Shaw (1969), quienes explicaron la depresión como producto de una disminución de los reforzadores sociales positivos, que derivaba en una reducción de las conductas motoras y verbales, continuando con la aparición de conductas depresivas y sentimientos disforicos, las reacciones del medio social hacia dichas conductas perpetúan el ciclo (Beato, 1993).

Entrenamiento en auto-control. Años más tarde, Rehm (1977) propone un modelo de autocontrol para la depresión partiendo del supuesto de que ésta es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos, se perfila a los sujetos depresivos como perfeccionistas, poco realistas al momento de trazarse metas, con una visión negativa del entorno y con tendencia al autocastigo, estos sesgos cognitivos disminuyen la posibilidad de que los acontecimientos positivos sucedan.

Modelo de Nezu. Por su parte, Nezu, Nezu y Perri (1989) consideraban que la depresión era producto de la pobre habilidad del individuo para solucionar un problema, en este orden de ideas,

en la medida en que éste optimizara su habilidad de resolución podría amortiguar más eficazmente los efectos de una experiencia de vida negativa (Vázquez, Muñoz, & Becoña, 2000).

4.2.3.2 Teorías cognitivas de la Depresión. Mientras los modelos conductuales se enfocan en los factores reforzadores de las conductas, los cognitivos concentran sus estudios en la percepción que el sujeto tiene acerca de sí mismo, los otros y de las situaciones que le acontecen.

Teoría de la desesperanza aprendida. Seligman (1975) expuso la teoría de la indefensión aprendida, argumentando que un sujeto expuesto a constantes fracasos y esfuerzos improductivos, desarrollaría un negativismo arraigado, generando una sensación de nulo control sobre las situaciones, o la idea de que no existe relación entre las respuestas y los refuerzos, desencadenante de un estado de vulnerabilidad.

A consecuencia de ello se presentarían los siguientes déficits:

- Déficits emocionales: caracterizados por un incremento de la ansiedad y el miedo.
- Déficits motivacionales: disminución de los incentivos que dan lugar a respuestas voluntarias.
- Déficits cognitivos: el aprendizaje que relaciona las consecuencias con las respuestas no se instauraría. (Beato, 1993).

En posteriores estudios, Seligman amplió su visión del fenómeno incluyendo otras dimensiones (estabilidad/inestabilidad, especificidad/globalidad) las cuales son consideradas por el sujeto al momento de dar explicación a los eventos negativos, lo cual redefine la premisa de la indefensión en la medida en que el individuo puede hacer atribuciones a partir de los factores tanto internos como externos, confiriéndole mucha más fuerza a la corriente cognitiva (Álvaro, Garrido & Schweiger, 2010).

De manera fundamental, la teoría de la desesperanza, constituye un aporte importante para la concepción de este constructo; sustentando que el trastorno surge como producto de estilos inferenciales negativos soportando una vulnerabilidad cognitiva, en ese orden de ideas, los individuos con estos patrones de pensamiento son más proclives a desarrollar síntomas depresivos. La vulnerabilidad cognitiva esta compuesta por tres patrones de inferencias desadaptativas:

1. Tendencia a inferir que los patrones globales y estables son causales de eventos negativos.
2. Tendencia a inferir que los sucesos negativos que se suscitan en el presente desencadenaran eventos negativos en el futuro.
3. Tendencia a atribuir características negativas a si mismo a raíz de la ocurrencia de un suceso negativo.

Cabe aclarar que poseer vulnerabilidad cognitiva no conduce necesariamente al padecimiento de la depresión (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner & Sandín, 1997).

Teniendo en cuenta estos postulados y algunos vacíos empirico-conceptuales, se desarrollan modelos mucho más integrales y por lo tanto más ajustados al real funcionamiento del cuerpo humano afectado por los trastornos anímicos.

Los postulados de Steer, Rissmiller y Beck (2000) constituyen el soporte central de la EMTA y plantean una concepción complementaria e integrada a los anteriores planteamientos del modelo, en esta visión, el sujeto afectado por la depresión tiene pensamientos distorsionados acerca de la realidad, dichos pensamientos podian agruparse en 3 areas: la relacionada consigo mismo, con el mundo y con el futuro, a estos tres fenomenos cognitivos se les denomino Triada Cognitiva. Otro de los conceptos a traves de los cuales Beck pretendia explicar la depresión es el

de los Esquemas, que se configuran en la medida en que el sujeto tiende a pensar y actuar de una misma manera al enfrentar estímulos similares (Korman y Sarudiansky, 2011; Silberman-Pach y Aguado-Molina, 2005).

El papel de los esquemas es determinante en la génesis de los trastornos depresivos y de ansiedad, por cuanto los acontecimientos cotidianos son interpretados por el sujeto bajo un sesgo negativo en un proceso que involucra tanto elementos genéticos, neuronales, cognitivos y ambientales. A esto se le suma la carga emocional que combinada con la acumulación de percepciones ya segadas se consolidan en la memoria construyendo así las estructuras cognitivas que derivan finalmente en creencias de naturaleza irracional. (Beck & Haigh, 2014).

4.3 Evaluación Categorical

Para su estructuración, EMTA también se enriqueció con los aportes de dos manuales diagnósticos que se constituyen en referentes indispensables al momento de diagnosticar los trastornos mentales, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta versión, DSM-V (Ver tabla 4 y 5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Decima Revisión CIE-10 (Ver tabla 6), ambos contienen información relevante acerca de la sintomatología inherente a cada uno de los trastornos objeto de este estudio.

En el caso específico de la depresión, el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) cuenta en su clasificación con trastornos relacionados con depresión y bipolaridad, en las siguientes tablas se presentarán los subtipos de trastornos depresivos y bipolares con una síntesis de los criterios diagnósticos.

Tabla 4

Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastornos depresivos

Trastorno Depresivo	Criterios
Trastorno Depresivo Mayor	<p>A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presente en un periodo de dos semanas; el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer deben estar incluidos dentro de los síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, todos los días, evidenciado en el sentimiento de vacío, tristeza o desesperanza auto percibida u observada por terceros. 2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida importante de peso o aumento del mismo, o bien disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días que puede ser identificado por terceros. 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días. 7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días, puede ser reportado por el propio individuo o por otros sujetos. 9. Pensamientos de muerte, ideas suicidas de forma recurrente, así como intento de suicidio o un plan fraguado para materializarlo. <p>B. Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral u otras importantes para el normal funcionamiento.</p> <p>C. No se puede atribuir a los efectos de una sustancia o de otra afección médica.</p>
Trastorno depresivo persistente (Distimia)	<p>A. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, con más presencia que ausencia a lo largo de los días. Puede ser evidenciado por el sujeto o por terceros.</p> <p>B. Presencia durante la depresión, de dos o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Poco apetito o sobre alimentación. 2. Insomnio o Hipersomnia. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza. <p>C. Durante el lapso de dos años de padecer la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante dos meses seguidos.</p> <p>D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar presentes durante dos años.</p> <p>E. Nunca se ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco y no se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no se explica por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.</p> <p>G. Los síntomas no se pueden atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.</p> <p>H. Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral u otras significativas para el funcionamiento.</p>

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	<ul style="list-style-type: none"> A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo caracterizada por un estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. B. Existen evidencias clínicas de: <ul style="list-style-type: none"> 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A. C. El trastorno es explicado por un trastorno depresivo no inducido por sustancia/medicamento. D. El trastorno no se produce durante el curso de un síndrome confusional. E. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.
Trastorno depresivo debido a otra afectación médica	<ul style="list-style-type: none"> A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades. B. Existen pruebas clínicas de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afectación médica. C. La alteración no se explica por otro trastorno mental. D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional. E. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.

Nota: Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastornos depresivos. Adaptado de “Trastornos depresivos,” por Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, p. 103-118. Copyright © 2014 por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Tabla 5

Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastornos bipolares

Trastorno bipolar	Criterios
Trastorno bipolar I	<i>Episodio maníaco</i>
	<p>A. Un período definido de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, con una duración de una semana, presente la mayor parte del día casi todos los días.</p> <p>3. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la actividad o energía, se presentan tres o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza. 2. Disminución de la necesidad de dormir. 3. Habla más de lo habitual o ejerce presión para mantener la conversación. 4. Fuga de ideas o percepción subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad. <p>5. Facilidad de distracción, informado u observado por terceros.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora. 7. Participación excesiva en actividades con riesgo de consecuencias dolorosas. <p>C. La alteración es lo suficientemente grave como para ocasionar un deterioro significativo en el funcionamiento social y/o laboral y requerir hospitalización para prevenir daños a sí mismo o a terceros o por presentar características psicóticas.</p> <p>D. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia o a otra afección médica.</p>
Trastorno bipolar II	<i>Episodio hipomaníaco</i>
	<p>A. Un período definido de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, con una duración de 4 días consecutivos, presente la mayor parte del día casi todos los días.</p> <p>B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la actividad o energía, se presentan tres o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza. 2. Disminución de la necesidad de dormir. 3. Habla más de lo habitual o ejerce presión para mantener la conversación. 4. Fuga de ideas o percepción subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad. <p>5. Facilidad de distracción, informado u observado por terceros.</p> <p>6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación psicomotora.</p> <p>7. Participación excesiva en actividades con riesgo de consecuencias dolorosas.</p> <p>C. El episodio se asocia a un cambio del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.</p> <p>D. La alteración en el estado de ánimo y el funcionamiento son observables por otras personas.</p> <p>E. El episodio no es lo suficientemente grave como para causar una alteración importante del funcionamiento social y/o laboral y no necesita hospitalización.</p> <p>F. El episodio no se puede atribuir a los efectos de una sustancia.</p>
Trastorno bipolar II	<i>Episodio de depresión mayor</i> (Revisar sintomatología en la Tabla 4)
	<i>Episodio hipomaníaco</i> (Arriba descrito)
Trastorno ciclotímico	<i>Episodio de depresión mayor</i> (Revisar sintomatología en la Tabla 4)
	<p>A. Durante mínimo 2 años se han presentado numerosos períodos con síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco y numerosos períodos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.</p> <p>B. Durante el período de dos años, los períodos hipomaníacos y depresivos han</p>

	<p>estado presentes la mitad del tiempo y el individuo no ha presentado síntomas durante más de dos meses seguidos.</p> <p>C. Nunca se han cumplido los criterios para un episodio de depresión mayor, maníaco o hipomaníaco.</p> <p>D. Los síntomas del criterio A no se explican por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos de una sustancia.</p> <p>F. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.</p> <p>A. Alteración del estado de ánimo caracterizada por ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo deprimido, o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.</p> <p>B. Existen evidencias clínicas de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento. 2. La sustancia/medicamento puede producir los síntomas del criterio A. <p>C. El trastorno no se explica por un trastorno bipolar o un trastorno relacionado no inducido por sustancias/medicamentos.</p> <p>D. El trastorno no se produce durante el curso de un síndrome confusional.</p> <p>E. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.</p>
Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/medicamentos	
Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica	<p>A. Período de estado de ánimo elevado, expansivo o irritable con aumento de la actividad o la energía.</p> <p>B. Existen evidencias clínicas de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno mental.</p> <p>D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.</p> <p>E. El trastorno causa malestar clínico y deterioro en las áreas significativas del funcionamiento o requiere hospitalización para evitar que el individuo se lesione o cause daño a otros o se presentan características psicóticas.</p>

Nota: Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastornos bipolares. Adaptado de “Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados,” por Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, p. 71-91. Copyright © 2014 por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Luego de examinar los criterios diagnósticos consignados en el DSM-V, se presentarán a través de la siguiente tabla aquellos criterios del CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994) que guardan relación con los que describen los trastornos depresivos y bipolares.

Tabla 6

Criterios del CIE-10 que guardan relación con los criterios del DSM-V para Trastornos depresivos y bipolares

Trastornos depresivos o bipolares	Criterios
Trastorno bipolar	Trastorno caracterizado por dos o más episodios que sugieren una alteración en el humor y en los niveles de actividad que se caracterizan por un humor elevado y un aumento de la energía y la actividad (hipomanía o manía), y en otras ocasiones el humor es bajo, la energía y la actividad disminuyen (depresión).
Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco	El episodio actual cumple los criterios de hipomanía. Ha existido al menos otro episodio afectivo en el pasado que cumpla con los criterios de episodio maníaco o hipomaníaco, de episodio depresivo o de episodio de trastorno del humor (afectivo) mixto.
Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado	El paciente se encuentra deprimido y ha experimentado al menos un episodio de hipomanía, manía o trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado
Trastorno bipolar, episodio actual mixto	El paciente ha padecido un episodio hipomaníaco, maníaco, depresivo o de trastorno del humor (afectivo) mixto en el pasado y en la actualidad presenta una mezcla o sucesión rápida de síntomas maníacos y depresivos.
Episodio depresivo	El paciente se caracteriza por poseer un estado de ánimo bajo, reducción de la energía, y disminución de la actividad, así mismo la capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse disminuye, experimenta cansancio importante incluso tras un esfuerzo pequeño. Se presenta alteración del sueño y el apetito tiende a disminuir. La autoestima y la confianza decrecen y en ocasiones se tienen ideas de culpa o inutilidad.
Episodio depresivo leve	A. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo. B. Se encuentran presentes los siguientes síntomas: 1. Humor depresivo en grado anormal, la mayor parte del día, cada día y persiste durante 2 semanas. 2. Pérdida de interés o de la capacidad para disfrutar actividades que solían ser placenteras. 3. Disminución de la energía o aumento de la fatiga. C. Además, deben aparecer uno o más de los siguientes síntomas: 1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima. 2. Sentimientos no razonables de auto reproche o de culpa. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Indecisión o vacilación. 5. Agitación o enlentecimiento de la actividad psicomotriz. 6. Alteraciones del sueño. 7. Cambio en el apetito y el peso.
Episodio depresivo moderado	Están presentes cuatro o más de los síntomas arriba descritos y es probable que el paciente tenga dificultades para realizar sus actividades diarias.
Ciclotimia	Estado de ánimo inestable de manera persistente que incluye numerosos períodos de depresión y de euforia leves, ninguno de los cuales es suficientemente severo o prologando para cumplir con los criterios de trastorno bipolar, o el trastorno

Distimia	depresivo recurrente. Depresión crónica del estado de ánimo que se extiende varios años pero que no es suficientemente severa para diagnosticar un trastorno depresivo recurrente, leve, moderado o grave.
----------	---

Nota: Criterios diagnósticos del DSM-V y la CIE-10 para Trastornos depresivos y trastornos bipolares. Adaptado de “Trastorno bipolar y otros trastornos relacionados,” por Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, p. 71-91. Copyright © 2014 por la Asociación Americana de Psiquiatría. Adaptado de “Trastornos del humor (afectivos),” por la Organización Mundial de la Salud, 2000; *Guía de bolsillo de clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*, P. 89-96. Copyright © 2000 por la Organización Mundial de la Salud.

4.3.1 Fundamentos psicométricos básicos.

Los instrumentos psicológicos son contruidos con base en las teorías psicológicas que intentar dar explicación al comportamiento del ser humano, el empleo adecuado de los instrumentos de medida son determinantes para garantizar la calidad de la información que es obtenida y por ende las conclusiones finales derivadas de la misma (González, 2007).

Muñiz (2010) sustenta que los tests psicométricos no solo deben cumplir con las normas de calidad y eficiencia, deben poseer dos cualidades como son la confiabilidad y la validez. La confiabilidad es definida como la consistencia que posee un test al medir lo que debe medir, en una población que ha sido determinada y en condiciones normales según su aplicación (estas son especificadas en el manual de aplicación) (Anastasi, 1982; Aiken, 1995, citados en Aliaga, 2007); según el concepto más reciente de validez, esta se entiende como un juicio evaluativo global en el cual los supuestos teóricos y la evidencia empírica sustentan la suficiencia y lo apropiado de las interpretaciones y acciones que se registran con relación a las bases de las pruebas, que están en función no solo de los ítems sino que además se relacionan con la manera en que la persona responde y el contexto en que transcurre la evaluación (Aliaga, 2007).

Por su parte, el test psicométrico según Rey (1973) es un procedimiento estandarizado que se compone de ítems que han sido seleccionados, organizados y creados para provocar en las personas reacciones que puedan ser registradas; estas reacciones se diferencian por su duración, complejidad, expresión, significado y forma, en este caso la falta de confiabilidad está relacionada con intervención del error.

El error es considerado como cualquier efecto irrelevante para los resultados de la medición que tienen influencia sobre la falta de confiabilidad de esa medición (Aliaga, 2007). Existen dos tipos de erros: el primero es denominado Error constante (sistemático) y se produce cuando las

mediciones son obtenidas con una escala sistemáticamente menor o mayor de lo que debería ser; el segundo es el Error casual (no sistemático) y se produce cuando las medidas son menores o mayores de lo que deberían ser, cuando este tipo de error aparece se ve afectada la confiabilidad de un test psicométrico, pues en este error intervienen las condiciones ambientales, internas y otras a las que esté expuesto el examinado al momento de la aplicación del test (Rey, 1972; Brown, 1982).

Cabe resaltar que el error de medida es precisamente un punto de divergencia entre la validez y la confiabilidad. La primera considera los errores sistemáticos o constantes, mientras que la confiabilidad se centra en lo referente a los errores no sistemáticos (Aliaga, 2007).

Es importante mencionar que en el proceso de validación de un instrumento psicométrico debe existir suficiente evidencia teórica, empírica, estadística y conceptual del uso de las puntuaciones. En el año 1954 L.J Cronbach como miembro de la APA estableció la existencia de tres tipos de validez: Validez predictiva, Validez de contenido y Validez de criterio (Aliaga, 2007).

En la actualidad el constructo es la única validez admitida, esta a su vez se encuentra conformada por categorías que se suman a los tipos de validez anteriormente expuestas y a nuevos aspectos que también se incorporan (Messick, 1995).

En el año 1954 la Asociación Psicológica Americana propone uniformizar la tecnología y a su vez formular reglas básicas para la estandarización de los tests adoptando la clasificación tripartita que aún subsiste y que asume como vigentes los siguientes tipos de validez: Validez de construcción, la de contenido y la de criterio; que se subdivide en predictiva y concurrente (Anastasi, 1986). Por lo anterior es de suma importancia definir las categorías que conforman la validez de constructo, las cuales son:

➤ **Validez de contenido:** Se considera que un test posee validez de contenido si los elementos por los que está compuesta la escala corresponden operativamente a las variables que se debe medir (Vidal, 1996, en Muñiz 1996).

➤ **Validez de Constructo:** Hace referencia a la capacidad que tiene la prueba para medir el constructo que afirma y pretende medir (Kline, 1985).

➤ **Validez de criterio:** Es el grado en que la medida que se obtiene al contrastar el test que está en proceso de evaluación con otro que ya ha sido avalado pero que evalúa la misma variable mediante un procedimiento distinto (Grupo Psicología Lógica, 2011).

Es de suma relevancia establecer que según Carretero-Dios y Pérez (2005) la validez de contenido ha sido definida como el grado en que los ítems que constituyen el test son una muestra representativa del contenido que domina. No obstante, la validez de contenido ha sido determinada por medio de la relación sistemática de los ítems de la prueba y el dominio de contenido que se estudia, tal análisis puede ser realizado de dos formas, la primera forma consiste en estudiar de manera racional y lógica cada uno de los ítems explicando la razón por la cual son incluidos en la prueba; y la segunda en la que por medio de jueces expertos y calificados se busca evaluar el grado en que los reactivos coinciden con los planteamientos del creador del instrumento, esta técnica es denominada criterio de jueces (Andrcant, 1975).

Dentro del proceso de validez de contenido es apropiado la utilización del coeficiente de validez V de Aiken que se constituye como la razón de un dato que es obtenido mediante la máxima suma de la diferencia de los posibles valores, puede ser calculado por las valoraciones que realice un conjunto de jueces con base a un ítem o las valoraciones que ha realizado un juez en relación al grupo de ítems. Las valoraciones que se realicen pueden ser dicotómicas (reciben valores entre 0 o 1) o politómicas (reciben valores de 0 a 5) (Aiken, 1980; 1985).

Es importante resaltar que en algunos casos la V de Aiken y el Índice de Acuerdo (IA) arrojan resultados similares con lo cual se comprueba que cuando los ítems son dicotómicos ambas fórmulas son equivalentes, además cuando las probabilidades asociadas a la Prueba Binominal (PB) y al V de Aiken son parecidas se puede concluir la pertinencia del coeficiente V de Aiken, puesto que presenta la facilidad del cómputo del IA y la posibilidad de contrastación estadística de la PB. La v de Aiken es el más indicado para determinar el tipo de validez, puesto que permite obtener valores factibles para su contrastación estadística según el tamaño de la muestra de jueces que se ha seleccionado. Para la evaluación de la validez de contenido por criterio de jueces el uso del coeficiente V de Aiken es preferible ya que combina la facilidad del cálculo y la evaluación de los resultados que presentan dominancia estadística, con lo que se garantiza la objetividad en el procedimiento, se soluciona el problema de cuantificar la validez del contenido, de tal manera que sea posible impulsar el desarrollo de la construcción de adecuados instrumentos psicológicos afines al medio y al campo investigativo como de trabajo profesional en específico (Escurra, 1989).

Es posible entonces afirmar que los test son instrumentos de medida sofisticados en los que se emplean y establecen inferencias en cuanto a su pertinencia para que se logre descartar cualquier tipo de perjuicio contra la persona que requiere de la asistencia psicológica (Muñiz, 2010).

Las teorías estadísticas de los tests permiten la estimación de las propiedades de orden psicométrico de los tests para garantizar que las decisiones tomadas sean adecuadas para las personas que sean sometidas a la prueba. Según Muñiz (2010) sin estas teorías no sería posible estimar la validez y fiabilidad de los tests, lo cual es imprescindible para la utilización de éstos de forma científica y rigurosa, las teorías estadísticas sobre los tests además de ser orientadas

hacia la construcción de una prueba deben ser dirigidas por una teoría o modelo psicológico sustantivo.

4.3.2 Teoría Clásica de los Tests (TCT).

Siguiendo con las teorías estadísticas, la teoría clásica de los tests (TCT) es una teoría o enfoque que se emplea para la construcción y análisis de los tests. Un autor que define esta teoría es Spearman (1904, 1907, 1913), el cual propone un modelo simple y claro para las puntuaciones que obtienen las personas en los tests, que se ha denominado modelo lineal clásico. El cual consiste en asumir que la puntuación o resultado que obtiene una persona en un test se denomina puntuación empírica ($X = V + e$), esta puntuación es el resultado de la suma de la puntuación verdadera de los tests y el error (Muñiz, 2010).

En procura de la operacionalización de la aseveración anterior, Spearman (1904, 1907, 1913) añade tres supuestos: El primer supuesto se basa en la definición de la puntuación verdadera (V) como la esperanza matemática de la puntuación empírica y la media obtenida si se le aplicara el tests infinitas veces. En el segundo supuesto asume que no existe relación entre el número de las puntuaciones verdaderas y el tamaño de los errores que afectan las puntuaciones obtenidas. En el tercer supuesto establece que no existe relación entre los errores de medida que se obtienen en los tests aplicados a las personas en comparación con los errores de medida que maneja un test diferente (Muñiz, 2010).

El modelo lineal, los tres supuestos enunciados y la definición de tests paralelos constituyen el eje central de la teoría clásica de los tests. Además del modelo y los tres supuestos planteados por Spearman, se formula una definición de lo que significan los tests paralelos, los cuales son entendidos como los tests que miden exactamente lo mismo, pero con ítems distintos. Las

puntuaciones verdaderas que obtienen las personas en los tests paralelos serían las mismas, y las varianzas de los errores de medida también serían iguales (Muñiz, 2010).

4.3.3 Claridad en el constructo.

Es de suma importancia que los tests además de contar con teorías como las anteriores que los sustenten, cuenten con un constructo claramente delimitado en relación a los componentes operativos o facetas, además que haya sido establecida la red de relaciones esperadas en cuanto al constructo en general para cada faceta, por lo que se emprende la construcción de ítems (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

De acuerdo con Messick (1995) los estudios relacionados con la validez de constructo propenden por la recolección de evidencias relacionadas con:

- 1) El contenido, entendiéndolo como “representatividad y relevancia del test”.
- 2) El componente Sustantivo “con base en las respuestas observadas se sustentan las razones teóricas de la consistencia”.
- 3) Estructural “dimensionalidad y configuración interna del test”.
- 4) Generalización “grado en que las inferencias que se han realizado a partir del test se pueden generalizar a otras situaciones, poblaciones o tareas”.
- 5) Externo “relación existente entre el test y otros test, y constructos”.
- 6) Consecuencia “consecuencias sociales y éticas del test”.

4.3.4 Creación/adaptación de tests psicométricos.

Según Carretero-Dios y Pérez (2005) en la creación/ adaptación de una prueba existen puntos clave a tenerse en cuenta en la población que se desea evaluar, porque no se puede evaluar con una misma prueba a todas las personas debido a la multiplicidad de culturas, idiomas y demás características que las diferencia, por lo que se hace necesario tener especificada la

población que se va a abordar y considerar además otros factores externos que estarán presentes en su totalidad y que si no son solventados de forma adecuada pueden afectar la prueba. Estos factores externos son: 1.) El tiempo que va a poder dedicarse a la evaluación, 2.) el tipo de aplicación, sea individual o colectiva y 3.) El tipo de modelo de medida adoptado. Además del tiempo, los modelos y tipos de aplicación en la creación/adaptación de los ítems de los tests se emplean etiquetas verbales referidas según criterio temporal (Nunca, a veces, siempre, etc.), de intensidad (Poco, bastante, etc.) Y adhesión (Totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, etc.), estas deben ser escogidas de acuerdo a los intereses del investigador por su prueba en cuanto al constructo teórico, los modelos teóricos que empleó, la población de estudio y el objetivo de la evaluación; es decir si desea medir cronicidad, intensidad, adhesión o temporalidad (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Si se tienen claros los componentes que se mencionaron anteriormente, el proceso de creación/adaptación de los ítems de una prueba será adecuada pues se tendrán en cuenta los componentes a evaluar en la prueba y por medio de que ítems se realizará, ya que, si surge una delimitación operativa errónea, se obtendrá una deficiente validez de contenido (Rubio et al., 2003).

4.3.5 Tabla de Especificaciones.

Según Escandell (2014) la tabla de especificaciones es una herramienta necesaria para elaborar unas adecuadas pruebas de evaluación, pues en estas tablas de especificaciones se vinculan los objetivos y los contenidos a los ítems con los que se realizará la medición. Al realizar la tabla de especificaciones de los ítems se debe apuntar a que una persona experta en el tema pero que no está involucrada en la creación/adaptación del test y mediante la información que se le facilita sea capaz de crear ítems. Actualmente la delimitación de la tabla de

especificaciones facilita la obtención de ítems que se relacionan más con los ítems de partida, además de facilitar que distintos profesionales puedan aportar en la creación de ítems por medio de este ejercicio se logra aumentar la cantidad y la variedad de estos, lo que a su vez posibilita una adecuada validez de contenido (Osterlind, 1989).

Para que exista una adecuada validez en el contenido de la prueba es necesario que el número de ítems sea planificado y justificado por el autor, fundamentalmente el número y disparidad de las dimensiones recogidas en la tabla de especificaciones del test y el tiempo del que se dispone para la evaluación, este último punto como ya se ha justificado corresponde a quien, donde y como se evaluará, etc. Una vez que se ha definido el número de ítems que tendrá la escala final, no se debe pasar por alto que en esta primera etapa de construcción es pertinente tener más ítems puesto que se pasará por varios filtros en los cuales pueden tener que descartarse algunos, así que cuando se parte de un número reducido de ítems puede suceder que al finalizar el proceso de análisis correspondiente y pertinente no se cuente con el número adecuado para cubrir las necesidades teóricas y psicométricas que se han fijado, por lo que se recomienda que los autores creen el doble de ítems para cada componente que contendrá el instrumento final (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Para la validación de contenido de la prueba se recurre al criterio de jueces expertos (Personas con amplio conocimiento en la temática o que posean las características de la población objeto de estudio) para que estos evalúen los ítems que componen la prueba y la definición operativa del constructo, haciendo claridad en que no existe un número estimado total de jueces que se requieren para realizar el estudio, puesto que este va sujeto a los intereses, necesidades y al grado de complejidad del constructo manejado por el investigador (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

Lo anterior, se realiza con la finalidad de estimar si los ítems que se han creado corresponden con el propósito por el cual han sido creados y reflejan adecuadamente la importancia que se le atribuye a la definición, por lo cual es necesario que exista un registro en el que se especifique si los ítems han sido redactados de forma clara, tal estimación debe realizarse por medio de una escala numérica de entre 5 y 7 puntos (Haynes, Richard & Kubany, 1995) o a través de cualquier otro procedimiento que permita cuantificar la valoración que han realizado los jueces, sin pasar por alto que posteriormente los datos que se tendrán en cuenta son meramente descriptivos empleándose si acaso el índice inter-jueces pues se requiere la eliminación de ítems problemáticos. Si posterior a esta fase se precisa la modificación de algunos ítems o escribir nuevos elementos, el proceso de evaluación debe repetirse. Al finalizar el proceso de valoración de ítems el autor/adaptador debe informar de forma clara y precisa que ítems se han eliminado y por qué, además se debe especificar que ítems de la batería de ítems se han conservado (Carretero-Dios & Pérez, 2005).

5. Metodología

5.1 Diseño de investigación

La presente investigación se enmarca en el Método Mixto, la razón del diseño se basa en el desarrollo de instrumentos (Bryman, 2006; Creswell & Piano, 2011). La investigación se encuentra en el Componente Cuantitativo en el paradigma *Empírico-Analítico*, orientado a las “predicciones” para dar explicación a hechos y comprobarlos o verificarlos; según Zayas (2003) solo es reconocido como único conocimiento válido aquel que es fáctico, observable, mensurable y comprobable, por lo que el medio para estudiar la realidad apunta a la construcción de leyes naturales y a la predicción; en cuanto al Componente Cualitativo se basa en el paradigma *Constructivista*, pues tiene en cuenta la experiencia de las personas para abordar los trastornos afectivos (Chen, 2006; Creswell & Piano, 2011).

De acuerdo al tipo de diseño, es Multifase dada la priorización de los métodos y los niveles del diseño, ya que en la investigación se implementan fases múltiples que incluyen secuencia y/o tiempo concurrente (Creswell, 2014). La investigación se divide en 3 fases: la primera de ella es cualitativa de alcance descriptivo, la segunda es anidada con método secundario (cualitativo) mediante estrategia contextual, la tercera es cuantitativa y su naturaleza es representable por algún modelo numérico.

a. Instrumento

El instrumento objeto de estudio será la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), que tiene como propósito medir la sintomatología inherente a los trastornos del estado de ánimo, teniendo en cuenta su aparición, intensidad y cronicidad. Está conformada por 85 ítems, 51 de los cuales responden a la sub escala de depresión y los 34 restantes a la sub escala

de manía. (Abello-Luque, Cortes-Peña, Fonseca-Consuegra, García-Roncallo, & Mariño-Buitrago, 2013).

Ahora bien, para efectos de la recolección de los datos se emplearán los instrumentos relacionados a continuación:

- Entrevista semi-estructurada para pacientes diagnosticados con depresión y trastorno bipolar, compuesta por 32 preguntas orientadas a recabar información acerca de la manera como los participantes vivenciaban los síntomas del trastorno que padecían.
- Entrevista abierta para profesionales del área clínica que pretendía obtener su opinión con respecto a la pertinencia de los componentes de la escala.
- Formato de evaluación de las dimensiones de la escala, diseñado para evaluación por jueces expertos. Se trata de una plantilla en Excel en la que se encuentran consignadas las 4 dimensiones que componen la escala a saber: cognición, afecto, factores motivacionales y conductuales, cada uno de ellos con sus respectivos indicadores.
- Formato de evaluación del banco de ítems, diseñado para evaluación por jueces expertos. Este formato fue diseñado en una plantilla de Excel en la que se encuentran consignados los 147 ítems relacionados con depresión, así como 124 asociados a manía debidamente dispuestos teniendo en cuenta tanto las dimensiones como los indicadores de la escala. Seguidamente se expondrán los criterios que los jueces deberán tener en cuenta al momento de evaluar y los niveles de valoración.

b. Participantes

Los participantes fueron seleccionados mediante un *muestreo dirigido o intencional*, (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), atendiendo a la distribución y criterios de inclusión detallados en la tabla 1.

Tabla 1

Especificaciones de la muestra

	Tipo de muestra		
	Jueces clínicos (M1)	Jueces Expertos (M2)	Jueces Profesionales (M3)
Tamaño	5 sujetos (Lynn, 1986; AERA et al, 1999)	6 sujetos (Lynn, 1986)	5 sujetos (Lynn, 1986; AERA et al, 1999)
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Edad</u>: 18 – 64 años. • <u>Antecedentes clínicos personales</u>: Trastornos Depresivos o Trastornos Bipolares. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Perfil profesional</u>: Psicólogos clínicos y psiquiatras con experticia en trastornos del estado de ánimo. • Disponibilidad, imparcialidad, adaptabilidad. (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008). 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Perfil profesional</u>: Psicólogos y psiquiatras, con experticia en trastornos del estado de ánimo y/o psicometría. • Lingüistas con experiencia en la lengua española. • Disponibilidad, imparcialidad, adaptabilidad. (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008).
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Antecedentes clínicos personales</u>: Dx diferencial 	<ul style="list-style-type: none"> • No dominio del español. • Vínculo contractual con proyectos de diseño y validación de EMTA 	<ul style="list-style-type: none"> • No dominio del español. • Vínculo contractual con proyectos de diseño y validación de EMTA

Nota: Descripción de criterios de exclusión e inclusión de los participantes. Por N. De Avila y L. Márquez, 2017.

Tabla 2

Criterios y niveles de valoración

Criterio	Niveles de valoración				
Coherencia: Valoración del nivel de relación lógica entre el ítem y la dimensión o indicador que se está midiendo.	1.No tiene relación lógica con el indicador	2.Tiene poca relación lógica con el indicador	3.Tiene relación moderada con el indicador	4.Tiene bastante relación lógica con el indicador	5.Tiene total relación con el indicador
Claridad: Facilidad para comprender el ítem, en la medida en que su sintáctica y semántica sean adecuadas, resultando poco ambiguo.	1.No es claro	2.Requiere bastantes modificaciones, semánticas y/o sintácticas	3. Requiere algunas modificaciones, semánticas y/o sintácticas.	4.Requiere pocas modificaciones en su semántica y/o sintáctica	5. Es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
Relevancia: Grado en el que el ítem resulta esencial o importante para la medida del indicador.	1.No es relevante para la medida del indicador	2.Es poco relevante para la medida del indicador, su función puede ser cubierta por otro ítem	3.Es moderadamente significativo para la medida del indicador	4.Es bastante relevante para la medida del indicador	5.Es muy relevante para la medida del indicador
Suficiencia: Nivel en que los ítems correspondientes a cada índice bastan para obtener la medida de éstos.	1.Los ítems no son suficientes para la medida del índice respectivo	2.Los ítems son poco suficientes para la medida del índice respectivo	3.Los ítems miden algún aspecto del índice, pero no abarcan la medida total del mismo	4.Se podría incluir algunos ítems para completar la medida del índice	5.Los ítems son suficientes para cubrir la medida del índice
Precisión: Juicio sobre la posibilidad de que el ítem pueda interpretarse de varias formas.	1.Es muy ambiguo, se puede interpretar de muchas formas	2.Es bastante ambiguo	3.Es moderadamente ambiguo	4.Se puede interpretar de dos formas distintas	5.Es totalmente preciso, tiene una única interpretación

Nota: Descripción de los criterios de valoración del formato de jueces profesionales. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

c. **Procedimiento**

Fase 1: Identificación del nivel de congruencia semántico-sintáctico. Se realizará la revisión de la EMTA a la luz del modelo cognitivo-conductual y de los criterios diagnósticos consignados en el DSM-V y la CIE-10. Como producto del anterior ejercicio se obtendrá una matriz de congruencia categorial y la tabla de especificaciones preliminar (Versión 1).

Fase 2: Establecimiento de la consistencia entre el banco de ítems, la experiencia de los pacientes y la de profesionales del área clínica. Para la consecución de la segunda fase se efectuarán entrevistas semi-estructuradas (ver anexo 2) tanto a pacientes (Muestra 1) como a psicólogos clínicos y psiquiatras (Muestra 2). Los datos obtenidos se procesaran mediante la técnica de Análisis Comparativo Constante (Glaser y Strauss, 1967) que consiste en identificar, a partir de lo expresado por pacientes y profesionales, significados, conceptualizaciones e ilustraciones que se convertirán en las categorías emergentes sometidas posteriormente a una codificación abierta, luego de identificadas las categorías se agrupan formando temas o patrones que pueden ser relacionados o diferenciados entre sí (Sandoval-Casilimas,2002). La información resultante servirá como insumo para la elaboración de:

- Matriz de análisis de experiencias (Pacientes y Profesionales)
- Mapa de resultados

Adicionalmente la muestra de clínicos expertos evaluará la pertinencia de cada una de las dimensiones e indicadores de la tabla de especificaciones, mediante el formato de evaluación antes descrito. Esto permitirá la consolidación de la versión 2 de la tabla de especificaciones, que acoja los ajustes derivados del juicio de los expertos, las

recomendaciones de la matriz de congruencia categorial y la matriz de análisis de experiencia. Finalmente, acorde a la nueva versión de la Tabla de Especificaciones se elaborará el banco preliminar de ítems.

Fase 3: Estimación del criterio de los jueces expertos en cuanto al banco de ítems. Los jueces expertos valoraran cada ítem del banco preliminar tomando como referencia los siguientes criterios: coherencia, claridad, precisión, relevancia y suficiencia (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008; Angleitner, John y Löhr, 1986). La estimación del acuerdo inter-juez se efectuará mediante el coeficiente V de Aiken (Aiken, 1980; 1985), cuyos hallazgos se constituirán en la evaluación cuantitativa del banco de ítems, permitiendo la construcción de una matriz con los cambios realizados a los mismos.

Fase 4: Formulación de la versión EMTA-II β . Con los resultados obtenidos en las fases anteriores se elaborará la versión final tanto del instrumento como de su respectiva tabla especificaciones.

6. Presupuesto

Tabla 1

Presupuesto

Rubros	Cantidades	Valor Unitario	Valor total	Efectivo	Especie
<i>Gastos personales</i>					
Refrigerios	20	3000	60,000	x	
Almuerzo	20	7000	140,000	x	
Transportes	64	6000	384,000	x	
Estudiantes investigadores	2	600,000	1,200,000	x	
Total parcial			1,784,000		
<i>Materiales gastables</i>					
Copias	30	100	3,000	x	
Total parcial			3,000	x	
Porcentaje imprevisto	de 10%	10%	10%	x	

Nota: Descripción de los gastos derivados del proceso investigativo. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017

7. Cronograma

Tabla 1

Cronograma

CRONOGRAMA	2016																																								2017											
	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6				MES 7				MES 8				MES 9				MES 10				MES 11				MES 12				MES 13			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Revisión general de bibliografía referente a los instrumentos de medición de los trastornos afectivos.																																																				
Revisión del Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V.																																																				
Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.																																																				
Confrontación del banco de ítems de EMTA-II con los criterios del DSM-V y la CIE-10.																																																				
Entrega del banco de ítems de EMTA-II al grupo de jueces expertos.																																																				
Análisis de la evaluación de los jueces expertos al banco de ítems.																																																				
Ingreso de datos al programa Visual Basic																																																				
Entrevistas con la participación de una muestra clínica.																																																				
Cotejo de la matriz de congruencia con la valoración del grupo de jueces y la muestra clínica.																																																				
Entrega de informe final, conclusiones y recomendaciones																																																				

Nota: Se observa el cronograma por fase para el desarrollo y debido cumplimiento de los objetivos trazados. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017

8. Resultados

A continuación, se presenta los principales hallazgos derivados de la evaluación del contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II, en concordancia con los objetivos planteados para el desarrollo de la presente investigación. En este mismo orden de ideas, el apartado de resultados se encuentra dividido en 4 secciones: Inicialmente se presenta el Análisis Semántico-Operativo de la EMTA II, seguido de la valoración de la definición sintáctica del constructo propuesta para la EMTA II. Posteriormente se presenta la concreción del banco preliminar de ítems, propuesta por el presente trabajo investigativo, y por último se expone la evaluación del banco preliminar de ítems, por parte de jueces expertos, con la respectiva propuesta final del diseño de la EMTA II como producto final del estudio.

8.1 Evaluación Semántico-operativo de la EMTA

Una vez efectuado el análisis comparativo de la estructura de la primera versión de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA-I (Abello-Luque et al., 2013) las disposiciones categoriales derivadas del Modelo Cognitivo - Conductual de Beck (1976, 1983) y los manuales de diagnósticos (DSM-V y CIE-10), se corroboró una congruencia entre los reactivos de la escala y la medición de los diferentes sistemas sintomatológicos, con los marcadores de cronicidad e intensidad que especifican la medida de los episodios afectivos. No obstante, se evidencia falencias significativas en la representatividad de los siguientes criterios según su componente de medida (Ver anexo 5).

Componente de Depresión. La primera versión de EMTA aborda la medición de este componente mediante 47 ítems de la subescala de depresión. No obstante, no contempla la medición de los criterios de ideas de culpabilidad e inutilidad, así como la reducida capacidad de concentración, la indecisión, la disminución de la capacidad de pensar y las ideaciones contempladas en el DSM V para la medición del Episodio Depresivo Mayor o los síntomas de depresión propios del Trastorno Depresivo Recurrente u otros trastornos Depresivos. Asimismo, no se evidencia la medida de los criterios de Sentimientos de cólera y rabia dispuestos por el CIE 10 y el DSM V en la Medición del Episodio Depresivo Mayor, Episodio Depresivo y otros Trastornos Depresivos Recurrentes.

Componente de Manía. La primera versión de EMTA aborda la medición de este componente mediante 29 ítems de la subescala de manía. Sin embargo, carece de la medición de componentes como la memoria, el aprendizaje y la atención que han sido reportados por estudios en pacientes con Trastorno Bipolar; no obstante, ninguno de los manuales revisados contempla esta sintomatología.

Así mismo, se evidenció la carencia de reactivos que midan los marcadores de errores en el procesamiento de la información (Beck, 1983; 1996) y estilos atribucionales negativos (Abramson et al., 1997; Alloy et al., 1989) asociados a la manía y a la depresión, que constituyen la base fundamental para la definición semántico sintáctica del constructo a medir (Trastornos del Afectivos).

8.1.1 Análisis de experiencia clínica asociada a los Trastornos Afectivos. Como resultado de las entrevistas realizadas a jueces clínicos (pacientes – M1) y jueces profesionales (Psicólogos clínicos y Psiquiatras – M2) en referencia a la *Experiencia Clínica asociada a los*

Trastornos Afectivos, se identificaron 188 códigos directos (C.D.) compilados en 3 categorías nucleares (C.N.): Depresión, Bipolaridad y Componentes Generales.

El contenido emergente (C.E.) incluido en las dos primeras categorías fue organizado en 4 sistemas de respuesta, en sintonía con el modelo cognitivo: Sistema Cognitivo, Sistema Conductual, Sistema Afectivo y Sistema Motivacional, los cuales constituyen las categorías axiales (C.A.) correspondientes. La categoría nuclear de “Componentes Generales” contempla elementos alusivos a los ajustes requeridos en la medición de Trastornos Afectivos, en términos de precisión, discriminación, inclusión y medición de impacto, así como la consideración del papel del tratamiento en el curso de estos cuadros mórbidos; en este sentido estos cinco elementos constituyen las categorías axiales de la tercera categoría nuclear. Cabe resaltar que el aporte de los jueces profesionales se concentró de manera significativa en esta última categoría nuclear (Ver figura 1).

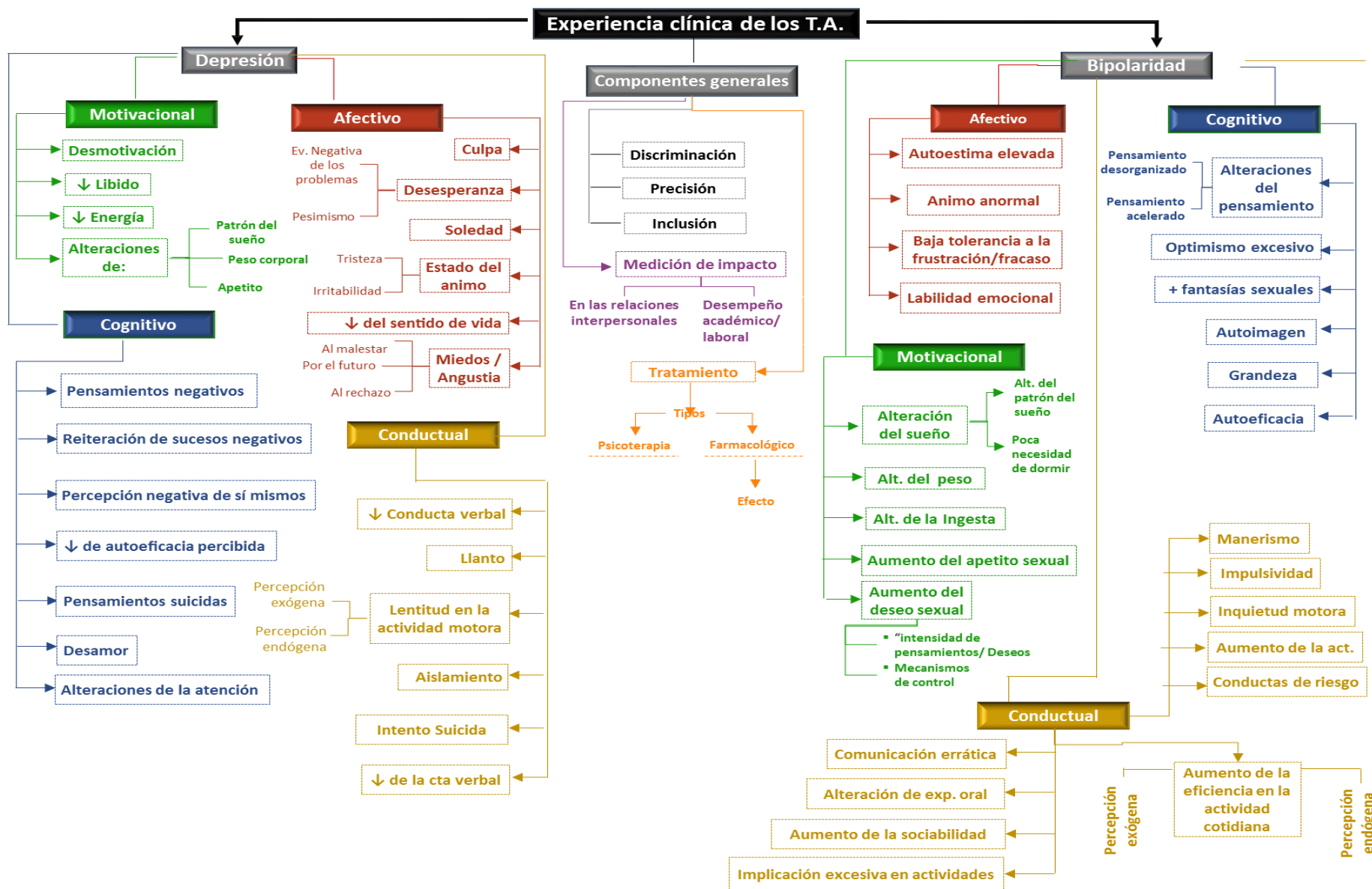


Figura 1. “Mapa general de categorías de la Experiencia Clínica asociada a los Trastornos Afectivos”. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

A continuación, se analizan las categorías nucleares con sus respectivas categorías axiales, categorías emergentes y códigos directos.

8.1.1.1 Categoría nuclear de Depresión. Tal como se expone en la Figura 1 las categorías axiales que hace referencia a la Depresión incluye el Sistema cognitivo (6 C.E.; 27 C.D.), Sistema Afectivo (6 C.E.; 30 C.D.), Sistema Conductual (5 C.E.; 16 C.D.) y Sistema Motivacional (4 C.E.; 18 C.D.) de las cuales se obtuvieron categorías emergentes y códigos directos, cuya descripción se expresa a continuación.

Sistema Cognitivo. De acuerdo a los reportes de los entrevistados se conformaron 2 componentes principales: componentes cognoscitivos (*Alteración de la atención*) y de contenido (*percepción negativa de sí mismos, pensamientos negativos, disminución de autoeficacia percibida, pensamientos de muerte y percepción de desamor*). Lo cual se evidencia en las expresiones registradas:

Alteración de la atención. Se evidencia en reportes como “*No me concentro en nada*” (JC-M2), “*Se me genera esa impotencia de no poderme controlarme y concentrarme en lo que necesito*” (JC-H5), “*Lo más desesperante es sentirme que no estoy concentrada*” (JC-M2), estas frases dejan ver que los pacientes manifiestan alteración de sus procesos atencionales. Por su parte un Juez profesional manifiesta: “*Se debe aclarar si el indicador hace referencia al decremento o a la percepción de decremento*” (JP-H5) pues considera importante hacer la diferenciación entre si el decremento se presenta o si el paciente tiene la percepción de que le sucede.

Pensamientos negativos. Se representan en: “*Énfasis en el aspecto negativo de las situaciones*” (JC-H5), “*Divagación en lo negativo*” (JC-H3), “*Focalización de la atención en pensamientos negativos que atormentan*” (JC-H5), “*Carencia de pensamientos positivos*” (JC-

H5), “*Todo se ve negro*” (JC-H5), “*Pensamientos negativos que no deja hacer nada*” (JC-H5), “*Todo pensamiento es negativo*” (JC-M2); en los que se hace alusión a la centralización de la atención en los problemas y no en la búsqueda de soluciones.

Disminución de autoeficacia percibida. Se manifiestan en reportes como “*Dudo de si puedo hacer lo que estoy haciendo*” (JC-H3, JC-H1), “*Nunca sé si lo estoy haciendo bien*” (JC-M2), “*Uno se encierra tanto en los pensamientos negativos que no se cree capaz de nada*” (JC-H3), “*Uno no se siente competente para nada*” (JC-M2); que hacen referencia a lo poco capaces que se sienten los entrevistados de realizar actividades.

Percepción de desamor. Los entrevistados reportan pensamientos como: “*Tal vez mi madre me quiere, pero solo ella*” (JC-H5), “*Solo son amables conmigo cuando quieren un burro de carga gratis*” (JC-H1), “*En fechas especiales fingen ser amables conmigo*” (JC-H1), “*Es el saber que no le importo a nadie*” (JC-H5); en referencia a una percepción negativa constante frente a las manifestaciones de afecto que reciben de los otros o suelen valorar negativamente la posibilidad de sentirse queridos y/o amados.

Pensamientos suicidas. Las repuestas obtenidas de los entrevistados hacen referencia a los pensamientos de muerte que experimentan durante la fase depresiva (ej. “*Pensaba que no podía vivir más*” JC-H1, “*Pensaba que con la muerte terminaría todo, se acabaría el sufrimiento*” JC-H1).

Sistema Afectivo. Conforme a los reportes de los entrevistados se obtuvieron 6 C.E.: *Estado de ánimo, Soledad, Desesperanza, Culpa, Miedos/angustia, Decremento del sentido de la vida.* De acuerdo a lo reportado por los entrevistados, como se detallará a continuación.

Estado de ánimo (Irritabilidad/Tristeza). Los pacientes refieren que “*Tiendo a deprimirme*” (JC-H3), “*Siempre estoy totalmente triste, desanimado*” (JC-H3), “*Al principio yo estaba*

emputado con el mundo, me daban rabia todos y todo lo que hacían” (JC-H1), *“Tiendo a exaltarme”* (JC-H3); en referencia a la experimentación de sentimientos de tristeza e irritabilidad.

Soledad. Los entrevistados reportan la experimentación de constantes sentimientos de soledad como *“Me sentía con una sensación de soledad”*, *“En momentos de soledad, después de la crisis de llanto, la tristeza es más intensa”* (JC-H5), *“La sensación de soledad nunca se va, solo es más fuerte en las crisis”* (JC-H5), *“Cuando me sentía solo salía, pero era peor cuando volvía a la casa”* (JC-H5), *“Esa sensación de soledad no se puede cortar nunca”* (JC-H5), *“Es un sentimiento que atormenta”* (JC-H5).

Desesperanza (Pesimismo y Ev. Negativa de los problemas). Los entrevistados afirman experimentar sentimientos de desesperanza frente a la resolución de sus problemas y constante pesimismo frente al futuro, evidenciados en reportes como *“Mi vida es como un pozo sin salida”* (JC-M4), *“Pensaba que no había solución”* (JC-M2), *“Sentía que no había forma de salir de esa condición”* (JC-M2), *“No ves salida a ningún problema por pequeño”*, *“No pienso que vaya a mejorar”* (JC-M4), *“Uno se pone pesimista ante todo lo que pueda venir”* (JC-H5), *“No veo futuro”* (JC-M4).

Culpa. Se registran reportes como *“Siento mucho remordimiento, culpa o algo así”* (JC-M2), *“Yo experimento sentimientos como de culpa, que no son nada agradables”* (JC-H5), con los que hacen referencia a la experimentación de sentimientos de culpa por su condición actual o por sucesos que involucran a otras personas.

Miedos/Angustia (frente al malestar, por el futuro y al rechazo). los entrevistados han descrito los diferentes miedos/angustias que han experimentado frente a diferentes componentes como el malestar con relación a la carga que este representaba en sus vidas, cómo este influiría

en su futuro, además de lo que representaba para ellos el sentirse rechazados por las personas a su alrededor, con reportes como *“Me llenaba de miedos al pensar mi situación”* (JC-M2), *“Temía mucho cada vez que me sentía mal”* (JC-H3), *“Me aterra perder a todos por ser como soy”* (JC-M4), por el futuro: *“Sentía esa sensación de angustia al pensar en mi futuro”* (JC-H5), *“Es un sentimiento de angustia al no saber qué va a pasar”* (JC-H3), y al rechazo: *“Uno de mis mayores temores es que me rechacen”* (JC-H5), *“La sensación de rechazo empeora cuando me desprecia alguien que aprecio”* (JC-H5),

Decremento del sentido de la vida. “Yo estaba emputado con el mundo, me daba rabia el mundo y tener que levantarme al día siguiente” (JC-H1), *“Me invaden pensamientos que me atormentan, de vacío”* (JC-H5), *“Perdí el sentido de mi vida en cuanto todo”* (JC-H3), *“Me siento cansado, como si no le encontrara sentido al diario vivir, sin saber porque”* (JC-H5); estos reportes dados por los entrevistados hacen alusión a la disminución significativa o la pérdida del sentido de la vida que experimentan.

Sistema Conductual. Conforme a los componentes reportados por los entrevistados se establecieron 5 C.E. dentro de las que se encuentran: *Lentitud en la actividad psicomotora*, *Llanto*, *Aislamiento*, *Intento suicida* y *disminución de la conducta verbal*.

Lentitud en la actividad psicomotora (Percepción endógena y percepción exógena). “Mis familiares notan que estoy entrando en crisis porque todo lo hago más lento” (JC-H3), *“Me siento más lenta, sobretodo en el movimiento de mi cuerpo”* (JC-M2), *“Me siento como lenta, débil al caminar”* (JC-M2), *“Me demoro mucho haciendo las cosas, pero las termino, me cuestan”* (JC-M2); estas categorías emergen como resultado de la información suministrada por los entrevistados de acuerdo al autoreporte y heteroreporte que hacen con relación a la manifestación de los síntomas en la conducta motora.

Llanto. “En cualquier momento estallaba en llanto” (JC-M2), “Es un desahogo” (JC-H3), “Uno se pone mal y se expresa con el llanto” (JC-H3), “Me pongo susceptible, lloro por todo” (JC-M4), “Pero es diferente, las crisis de llanto duran menos” (JC-M2); los entrevistados hacen referencia al llanto como manifestación conductual de la sintomatología depresiva.

Disminución de la conducta verbal. “Me retraje, no quería hablar, ni expresar nada” (JC-M2), “Me cuesta hablar, se me traban las palabras, siento un nudo en la garganta” (JC-H5), “Hay momentos que no digo ni una palabra” (JC-M4); en esta categoría se hace referencia al decremento que se presenta en la conducta verbal.

Aislamiento. “En varios momentos solo me quedo en mi cuarto, durmiendo o algo y ya” (JC-M2), “No quiero saber ni hablar con nadie” (JC-H5); los entrevistados hicieron recurrente la manifestación del aislamiento.

Intento suicida. “Tomé unas pastillas para terminar con esto” (JC-H1), “Intenté materializar el hecho, pero no fui capaz” (JC-M2); por medio de las entrevistas se reporta las conductas suicidas.

Sistema Motivacional. De acuerdo a lo reportado por los entrevistados se lograron establecer 4 C.E. entre las que se encuentran: *Desmotivación, Energía, libido, Alteraciones del patrón de sueño, peso corporal y apetito.* Como se describirá a continuación.

Desmotivación. “Suelo enfrascarme en que luego lo hago, luego lo hago y lo olvido, no hago nada” (JC-H3), “Si me voy bañar empiezo a pensar que lo haré temprano, y se le olvida, termina uno haciéndolo en la noche, así con todas las obligaciones” (JC-H3), “Siento mucho desgano” (JC-H3), “No tengo voluntad para levantarme o bañarme, tocaba obligarme a hacer todo” (JC-M2); tal como lo reportan los entrevistados clínicos en éstos prevalece la poca

motivación por las actividades diarias. *“La anhedonia es un marcador clave de la depresión”* (JP-H5); en este se hacen alusión a la incapacidad de sentir placer.

Energía. “Me siento siempre sin energía” (JC-H5), *“Me siento sin energía, cansado, me cuesta levantarme de la cama así no esté durmiendo”* (JC-H5); la pérdida de energía es significativa de acuerdo con lo reportado por los entrevistados.

Libido. “En fase depresiva mi interés sexual es nulo” (JC-M2), *“Nula, no hay ese apetito”* (JC-H5); los entrevistados expresan que el interés por el aspecto sexual es casi nulo.

Alteraciones del patrón de sueño, peso corporal y apetito. “Bajo mucho de peso cuando estoy en crisis” (JC-M2), *“Me pongo muy delgado”* (JC-H5), *“Aumento de peso”* (JC-M4); conforme a los reportes obtenidos de los entrevistados se presentan cambios significativos a nivel del patrón de sueño, aumento o disminución del peso corporal e igualmente sucede con el apetito.

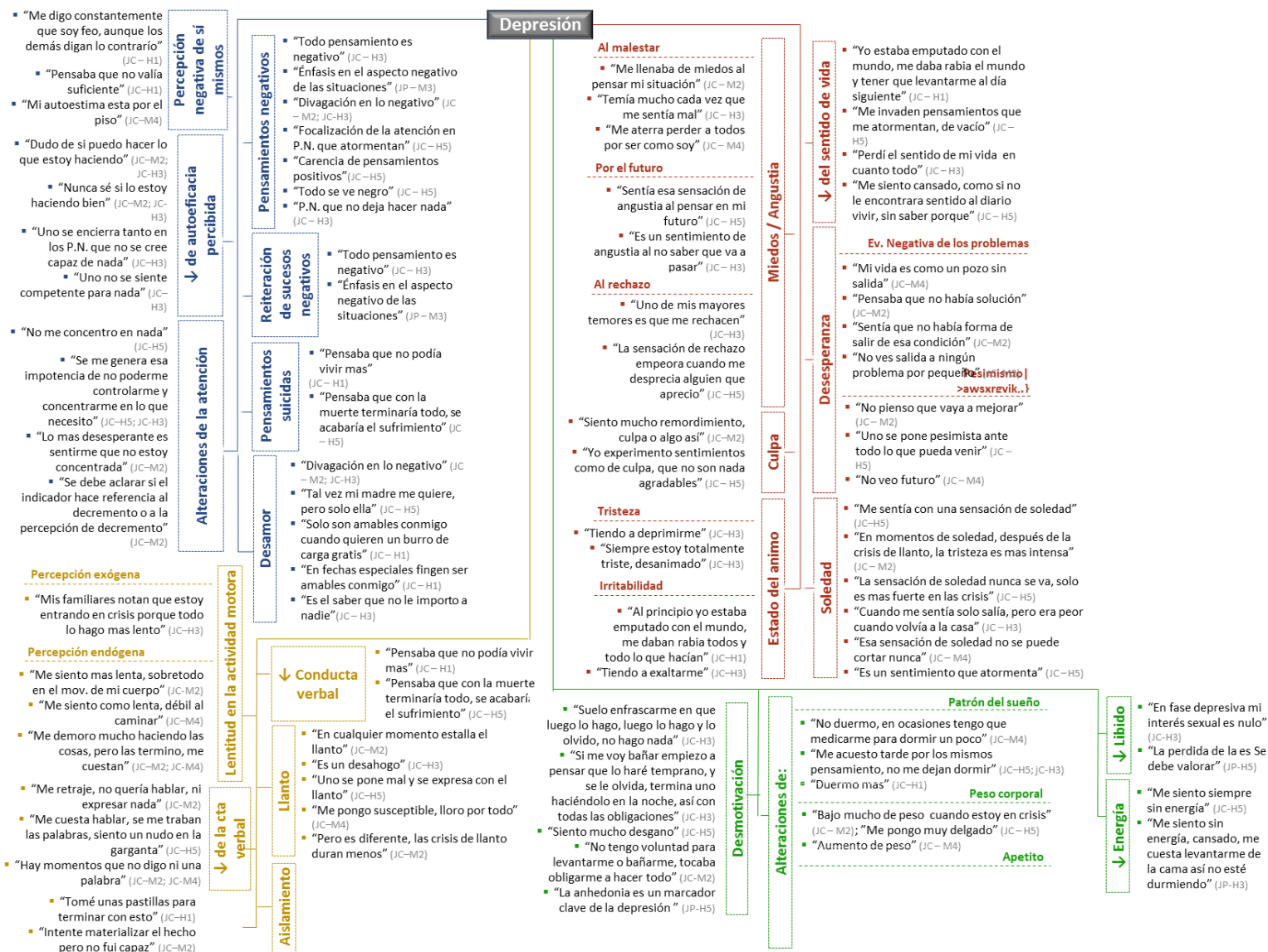


Figura 2. “Mapa de la categoría Depresión sobre la Experiencia Clínica asociada a los Trastornos Afectivos”. Por. De Ávila y L. Márquez, 2017.

8.1.1.2 Categoría nuclear de Bipolaridad. Tal como se expone en la figura 2 como resultado de las entrevistas, se representa el análisis de la categoría nuclear Bipolaridad con sus respectivas categorías axiales (4), categorías emergentes (29) y códigos directos (83) que se describirán a continuación.

Sistema cognitivo. En este sistema a partir del reporte de los pacientes se encontraron 10 categorías emergentes y 31 códigos directos.

Alteraciones del pensamiento. Categoría emergente que hace referencia a la aceleración y desorganización del pensamiento que experimentan los pacientes bipolares. El pensamiento acelerado es descrito por los jueces en términos de “*El cerebro va muy rápido, más de lo normal*” (JC-H3), “*El cerebro manda muchas ordenes al tiempo*” (JC-H3) y “*El pensamiento parece una locomotora, va muy rápido y con mucho ruido*” (JC-M4), producto de lo cual “*Todo lo captas más rápido*” (JC-H3) y “*Es tanta la información en mi cerebro que no se logra identificar y hablar cosas seguidas con una persona*” (JC-H3). Asimismo, los jueces hacen referencia al pensamiento desorganizado como el salto inesperado de una idea a otra, mencionan que “*Cuando yo explico a veces me salgo del tema, me pongo a explicar a veces que notaba X o Y cosas, datos irrelevantes*” (JC-H1), “*Me voy de una idea a otra, eso es rapidísimo*” (JC-M4), y “*En esa fase aparece como una hiperactividad mental, pienso en todo*” (JC-M4).

Optimismo excesivo. Categoría emergente que hace referencia a la convicción desmedida y sobre confianza que experimentan y relatan los pacientes bipolares. El optimismo excesivo es descrito por los jueces en afirmaciones como “*Todas las ideas son positivas*” (JC-H3) razón por la cual “*Todo se ve posible*” (JC-H3).

Más fantasías sexuales. Categoría emergente que hace referencia a esos deseos que se tienen de forma inconsciente o consciente, explícita o implícita. En las entrevistas realizadas a los

pacientes se obtuvieron afirmaciones como “*“No se ha dado la forma de materializarse, pero si he pensado en maneras de estar con varios” (JC-M4).* Igualmente, los jueces hacen expresan “*tengo una atracción particular por las figuras de autoridad” (JC-H1).*

Una cuarta categoría emergente que surgió fue la **Autoimagen**, entendida como la imagen o representación mental que se tiene de uno mismo y que no representa detalles que sean de observación objetiva de otros, se hallaron verbalizaciones por parte de jueces como “*Me siguen llegando hojas de vida, por decirlo de un modo, es más de hecho yo sé que todavía me la siguen enviando” (JC-H1).*

Otra categoría emergente que se halló fue la de **Ideación suicida**, que tiene que ver con la plena intención de acabar en la muerte. No obstante, las ideaciones suicidas no derivan en intentos de suicidio, pero puede ser considerado como un factor de riesgo para la consecución del mismo, el juez verbalizó lo siguiente: “*pensé en muchas formas de hacerlo, incluso quise enlistarme en el cuerpo de marines y hacer lo necesario en la primera misión para matarme” (JC-H1).* Además, se obtuvo otra categoría emergente de **pensamientos suicidas**, esta categoría supone esos pensamientos fatalistas de no encontrar sentido a la vida misma, los pacientes sostenían afirmaciones tales como “*Pensaba que no podía vivir más” (JC-H1)* y “*Pensaba que con la muerte terminaría todo, se acabaría el sufrimiento” (JC-H1).*

La reiteración de sucesos negativos, categoría emergente que pone énfasis en el componente negativo de los pensamientos, basándose además en la repetición de sucesos, y el temor de que siempre será igual: cada comienzo reitera el anterior, los jueces pacientes sostienen un “*Énfasis en el aspecto negativo de las situaciones” (JC-M4)* así mismo que “*Todo pensamiento es negativo” (JC-H3).*

Desamor. Categoría emergente, en la cual debido al trastorno, en los pacientes bipolares se hace recurrente algunos pensamientos como “*Solo son amables conmigo cuando quieren un burro de carga gratis*” (JC-H1), “*En fechas especiales fingen ser amables conmigo*” (JC-H1) arraigando ideas irracionales sobre el amor recibido “*Tal vez mi madre me quiere, pero solo ella*” (JC-H5), y “*Es el saber que no le importo a nadie*” (JC-H5) y una constante “*Divagación en lo negativo*” (JC-H3) que impide ver el lado positivo a algunos sucesos.

Otra categoría emergente fue la **Autoeficacia**, que es la creencia en la propia capacidad de organizar y ejecutar, los pacientes que hicieron las veces de expertos, señalaban en las diferentes entrevistas afirmaciones como: “*Pienso que todo lo puedo*” (JC-H3), “*Que haré todo como el mejor*” (JC-H3), “*Yo puedo hacer todo, me digo*” (JC-H3), y “*Me siento capaz*” (JC-H3).

Grandeza. Categoría emergente, que supone la exageración sin motivo sobre la importancia de uno mismo, este tipo de pensamientos fueron descritos por los jueces de la siguiente manera: “*Uno cree que puede hacer todo*” (JC-H3), o bien se creían poseedores de un gran poder o talento “*Yo tengo un CI de 130, yo debí haber terminado en el Colón o en el Alemán o algo así dada mis capacidades intelectuales*” (JC-H1), razón por la cual “*A veces pienso que la única opinión importante es la mía eso molesta a otros*” (JC-H1), así mismo sostienen que “*Desarrolla más la creatividad y uno todo lo ve fácil, y uno aporta y habla más*” (JC-H3).

Sistema afectivo. En este sistema a partir del reporte de los pacientes se encontraron 4 categorías emergentes y 14 códigos directos.

La primera categoría emergente que se obtiene, es el **Ánimo anormal** que se caracteriza por ser persistentemente elevado, expansivo o irritable en pacientes bipolares. El impacto del ánimo anormal acelerado es descrito por los jueces por medio de frases como “*Todo me da más rabia*” (JC-H3) y “*Me desespera que me hablen duro*” (JC-H3), razón por la cual le “*Es difícil*

controlar las reacciones en fase alta porque esta susceptible” (JC-H3), lo que lleva a que “Cualquier roce por pequeño que sea, uno lo toma como grande y se tiene conflicto” (JC-H3).

Otra categoría emergente, fue la *Labilidad emocional*, categoría que hace referencia, en pacientes bipolares, a un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad que llegan a ser inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas. Las alteraciones emocionales son descritas por los pacientes en estos términos: *“Mi ánimo es como una montaña rusa” (JC-M4) producto de lo cual “A medida que va pasando el día va bajando, y bajando y de pronto ¡PUM!” (JC-H3), y se hace interesante resaltar esta frase “Importante demarcar que el cambio de ánimo es sin razón alguna” (JP-H2).*

Baja tolerancia a la frustración/fracasos. Categoría emergente que hace referencia a esa sensibilidad excesiva hacia todo aquello que sea desagradable tal como refieren los jueces *“Me molesta mucho cuando me interrumpen” (JC-H1), que lleva a la poca tolerancia en contratiempos, “Cuando las cosas no salen bien me enoja” (JC-M4), molestias “Me cuesta tolerar el fracaso/perdida” (JP-M4), o demoras en la satisfacción de sus deseos “La baja tolerancia desde pequeño fue lo que hizo que mis papas se alteraran” (JC-H1), “Si no gano un juego tengo un episodio de rabia” (JC-H1), “Tiro las cosas cuando no se hace lo que quiero” (JC-H1).*

Autoestima elevada. Categoría emergente que se refiere a esa sobrevaloración positiva de sí mismo, tal como fue descrito por los jueces al afirmar: *“¡Mi autoestima esta fabulosa, me siento muy bien conmigo misma en esa fase!” (JC-M4).*

Sistema motivacional. En este sistema a partir del reporte de los pacientes se encontraron 5 categorías emergentes y 13 códigos directos.

Aumento del deseo sexual. Categoría emergente que hace referencia a la aceleración en mecanismos a nivel anímico, existiendo una propensión a excitarse y un cúmulo de sensaciones agradables, la *Intensidad de pensamientos/deseos* es descrita por los jueces así: “*Los deseos (pensamientos) sexuales son muy fuertes*” (JC-H3). Asimismo, los jueces hacen referencia a los *Mecanismos de control* como “*Uno busca hacer cosas que lo relajen y corten el pensamiento sexual*” (JC-H3).

Alteración del sueño. Categoría emergente que afecta el desarrollo habitual del ciclo del sueño, esta incluye dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido. Los jueces sostienen que es recurrente la *poca necesidad de dormir* debido a los problemas para mantener un horario regular de sueño “*Duermo menos*” (JC-H3), razón por la cual se hace reiterativo el “*He pasado hasta 3 días sin dormir*”, producto del cual “*Uno puede dormir 1 o 2 horas y ya tiene energía*” (JC-H3) y “*Uno ni duerme y entre menos duerme tiene más energía*” (JC-H3). Del mismo modo los jueces hacen referencias a la *alteración del patrón del sueño* como esa dificultad para concertar el sueño, mencionan que “*No duermo bien*” (JC-H3) y que en algunos periodos los pacientes bipolares mantienen que “*En fase alta uno se despierta antes*” (JC-H3) y “*Duermo menos en esa fase*” (JC-H3) y además hacen referencia a la utilidad de los medicamentos en algunas fases: “*La medicación es lo que me hace dormir*” (JC-M4).

Alteración del peso. Categoría emergente que hace referencia a desorganización respecto al peso corporal, los pacientes bipolares describen que “*En fase maniaca pierdo mucho peso*” (JC-H3) debido a la energía excesiva con la que se vive.

Otra categoría emergente que surgió fue la de *Alteración de la ingesta* debido a la alta energía que poseen los pacientes bipolares, lo que lleva en algunas fases una ingesta de alimentos alterada y en cantidades que no son las requeridas, los expertos comentaban que: “*Uno come*

todos los días, el problema son las cantidades” (JC-H3) que corrobora lo que la literatura sostiene respecto al trastorno bipolar.

La última categoría emergente ***Aumento del apetito sexual*** hace referencia a esos deseos exacerbados que en algunos casos los pacientes experimentan con más fuerza, expertos sostenían que *“Si quisiera, pero no tengo con quien” (JC-M4)*.

Sistema conductual. En este sistema a partir del reporte de los pacientes bipolares como expertos, se encontraron 10 categorías emergentes y 31 códigos directos.

La primera categoría emergente que se obtiene es la *Comunicación errática*, dicha categoría hace referencia a la desinhibición que experimenta el paciente bipolar en cuanto a sus comentarios hacia otros y la tonalidad de estos *“Soy impertinente con mis bromas” (JC-H1)*, lo que lleva a la verbalización de verdades expresadas de manera impertinente *“Digo verdades sin importar a quien moleste”(JC-H1)*, *“Mi tono agresivo, molesta a la gente” (JC-H1)*, *“Me gusta hacer reír a la gente, eso es lo que mantiene mis relaciones” (JC-H1)*, así mismo, los jueces hacen referencia al manejo de las conversaciones e incluso exceso de sarcasmos que muchas personas no ven bien *“En mis conversaciones soy completamente hostil” (JC-H1)*, y *“A veces me pongo a bromear cosas de mis conocimientos para ridiculizar a los otros” (JC-H1)*.

Conductas de riesgo. Categoría emergente que hace ahínco en esas conductas desmedidas de sus consecuencias efectuadas por los pacientes bipolares de manera recurrente, y que se evidencian con mayor frecuencia en fases altas del trastorno, tales como: *“Tome y a los 3 días me estaban hospitalizando” (JC-H1)*, inclusive a nivel sexual, no se tienen los cuidados que en otros momentos se considerarían, tal como se infiere en esta frase *“Un marcador importante son las conductas sexuales de riesgo” (JP-H1)*, además conducta de compras excesivas sin una

necesidad real de gasto *“Hago compras, hasta me he endeudado, he tenido tarjetas de crédito, todavía las estoy pagando” (JC-M4).*

Emergieron también categorías que hacen hincapié en la *Alteración de la expresión oral* la cual hace referencia a la locución y verbalización de las ideas, tal como describen los jueces en el TB hay una alteración del pensamiento, que conlleva a verbalizaciones tales como: *“Tengo la verborrea a flor de piel” (JC-H1)*, razón por la que *“Tiendo a no dejar que los otros hablen en una conversación” (JC-M4)* y por ende *“Hablo muy rápido” (JC-M4).*

Aumento de la sociabilidad. Categoría emergente concerniente a la socialización excesiva, y que supone en algunos escenarios un riesgo, los pacientes bipolares relatan que se está: *“Muy abierto y muy confianzado en el trato con otras personas, en todo lugar” (JC-H1)* razón por la cual en algunos casos indicaban que: *“Antes tenía mucho contacto con extraños, ya no lo hago por seguridad” (JC-M4)* y el hecho de que *“Uno comienza a hablar con personas que no conoce, porque no logra estar callado” (JC-H3).*

Implicación excesiva en actividades. Categoría emergente que hace referencia a múltiples compromisos, actividades que los pacientes bipolares llevan a cabo debido a la excesiva energía que poseen. Esta implicación es descrita por los jueces de la siguiente manera: *“He trabajado sin parar hasta turnos de 21 horas” (JC-H3)* y excesivos compromisos de todo tipo: *“Uno comienza a hacer act. de todo, en el trabajo, el barrio, deportivas o grupos de trabajo” (JC-H3).* Además, emerge la categoría referente al *Aumento de la actividad*, la cual supone excesiva implicación en actividades sin un objetivo en muchos casos claro, como se ejemplifica en la siguiente afirmación: *“Aumento de la actividad dirigida a un objetivo, pero infructuosa” (JP-H1).*

Manerismo. Categoría emergente que se caracteriza por un exceso y exageración de los movimientos, los jueces la describen de la siguiente forma: “*Uno hace más ademanes en las manos*” (JC-H3).

Impulsividad. Categoría emergente que supone la predisposición a reaccionar de forma inesperada, rápida, y desmedida ante una situación, los pacientes bipolares afirman que: “*Uno no puede controlar la energía que tiene, entonces hace cosas arriesgadas*” (JC-H3).

Inquietud motora. Categoría emergente que da cuenta de la incapacidad de los pacientes bipolares para mantenerse por largo tiempo quietos, por lo que estos manifiestan que: “*No puedo estarme quieto*” (JC-H1).

Agitación psicomotora. Categoría emergente que hace referencia al aumento de la eficiencia en la actividad cotidiana percibida por agentes exógenos, los pacientes bipolares lo describen de esta manera: “*Las personas se sorprenden de las ideas que uno aporta y como hace las cosas*”, en cuanto a la percepción endógena, los pacientes sostienen que: “*Uno agiliza más rápido*” (JC-H3), “*Todo lo quiero hacer más rápido*” (JC-H3) y “*Uno hace cosas que normalmente haría pero en menos tiempo*” (JC-H3).

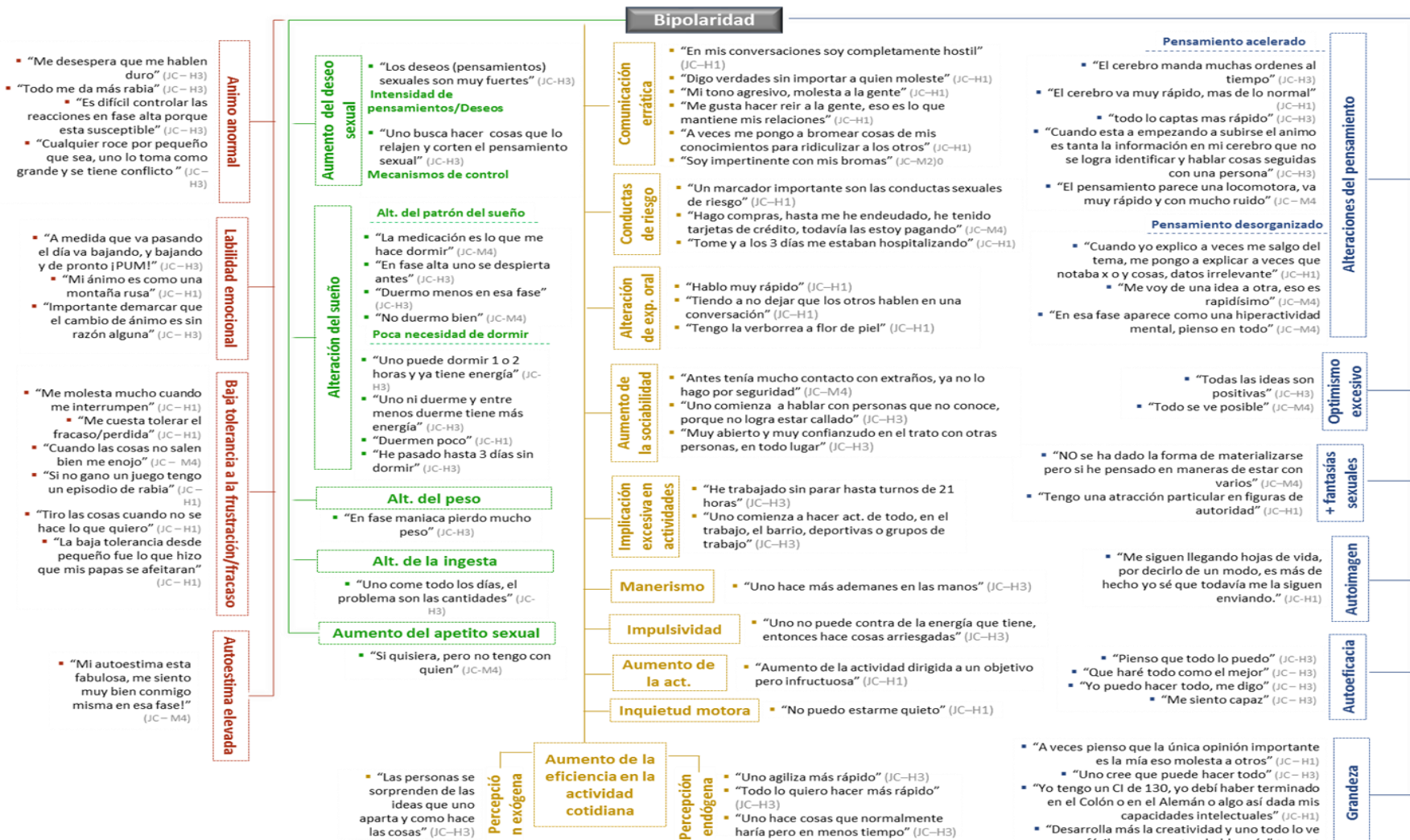


Figura 3. “Mapa de la categoría Bipolaridad sobre la Experiencia Clínica asociada a los Trastornos Afectivos”. Por N. De Avila y L. Marquez, 2017.

8.2 Valoración de pertinencia de las dimensiones de EMTA-II

Se ha destacado la importancia de definir el constructo como ese primer paso para la búsqueda de la validez de contenido, se asume esta fase como la de mayor importancia dentro del proceso de construcción/adaptación de una herramienta con adecuada validez de contenido (Murphy y Davidshofer, 1994).

A continuación, se presenta la evaluación de la pertinencia de la definición semántico-operacional por parte de expertos del constructo. Pudiendo de esta forma sustentar teóricamente la construcción de la EMTA-II; dichas valoraciones se efectuaron teniendo en cuenta los indicadores que constituyen los componentes generales como lo son Trastornos Afectivos, divididos en dos subcomponentes: Trastornos Depresivos y Trastornos Bipolares. La puntuación de cada indicador debía ubicarse en el intervalo de 1 a 5, siendo 1 la valoración más baja y 5 la máxima. Se buscaba con esto obtener el respaldo respecto a la idoneidad de éste, y saber además si se estaba obviando algún elemento fundamental para el entendimiento general del constructo objeto de evaluación (Ver tabla).

Tabla 1

Valoración de pertinencia de la definición semántico-operacional inicial del constructo, de la EMTA-II

Elementos	JP1	JP2	JP3	JP4	JP5	JP6	Valoración final
Componentes generales							
Variable: Trastornos afectivos	5	5	4	4	4	4	4,3
Componente 1: Trastornos depresivos	5	5	4	5	5	5	4,8
Componentes: Trastornos Bipolares	5	5	4	5	3	5	4,5
Componentes de Depresión							
Pensamientos o ideas de muerte.	5	5	4	5	5	3	4,5
Decremento Significativo de la capacidad de pensar y concentrarse.	5	5	3	3	4	4	4,1
Alteración de la actividad psicomotora percibida por otras personas	5	5	3	3	4	4	4
Tristeza profunda.	5	5	4	5	5	5	4,8
Sentimientos de culpa.	5	5	4	5	4	4	4,5
Sentimientos de inutilidad.	5	5	4	5	4	5	4,7

Alteración psicomotora.	5	5	3	3	5	4	4,2
Alteración del patrón del sueño.	5	5	4	5	5	4	4,7
Alteración del peso.	4	5	5	5	3	3	4,2
Alteración del apetito.	4	4	3,5	5	5	4	4,3
Pérdida persistente de energía (Fatiga)	5	5	4	5	4	4	4,5
Componentes de Manía – Hipomanía							
Pensamiento acelerado y/o desorganizado.	4,5	5	3	5	5	5	4,6
Pensamiento tangencial y excesivamente.	4	4	3	4	4	4	3,9
Fuga de ideas	5	5	3	5	4	5	4,5
Distraibilidad	5	5	4	5	5	4	4,7
Conducta Suicida.	5	5	4	5	5	3	4,5
Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, sexual, académico, laboral).	5	3	4	5	5	5	4,5
Verborrea: hablar más de lo habitual sin intención de comunicación.	5	5	4	5	4	5	4,7
Implicación excesiva en situaciones placenteras que tienen un alto riesgo	5	5	4	5	5	5	4,8
Desorganización de la actividad conductual.	5	5	4	5	4	4	4,5
Aumento de la actividad social.	5	5	4	4	5	5	4,7
Estado de ánimo alterado: Elevado, expansivo o irritable.	5	5	4	5	5	5	4,8
Autoestima excesiva.	5	2	4	5	5	4	4,2
Alteración del patrón del sueño: disminución de la necesidad de dormir.	5	5	4	5	5	4	4,7
Aumento de la energía sexual.	5	4	4	5	5	4	4,5

Nota: Descripción de la evaluación realizada por los jueces a los componentes de la escala. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

A partir de las valoraciones expuestas en la tabla 1, es posible la identificación de ciertos aspectos que vale la pena traer a colación, al observar el componente Depresión se evidencia que el indicador con la más alta valoración es la “Tristeza Profunda” con un puntaje de 4,8, seguido por “Sentimientos de inutilidad” y “Alteración del patrón del sueño” con un puntaje de 4.7 y en tercer lugar con una valoración de 4.5 se encuentran los indicadores “Pensamientos o ideas de muerte”, “Sentimientos de culpa” y “Pérdida persistente de energía”. Por otro lado, el puntaje más bajo (4.0), lo obtuvo el indicador “Alteración de la actividad psicomotora percibida por otras personas”, seguido por “Decremento significativo de la capacidad de pensar y concentrarse” con

un puntaje de 4.1, por su parte los indicadores “Alteración psicomotora” y “Alteración del peso” obtuvieron una valoración de 4.2.

En lo que respecta al componente Manía-Hipomanía la mayor puntuación fue adjudicada a los indicadores “Implicación excesiva en situaciones placenteras que tienen un alto riesgo” y “Estado de ánimo alterado: elevado, expansivo e irritable” (4.8), mientras tanto a “Distraibilidad”, “Verborrea”, “Aumento de la actividad social” y “Alteración del patrón del sueño: Disminución de la necesidad de dormir” les fueron asignados un valor de 4.7 seguido por el indicador “Pensamiento acelerado y/o desorganizado” con un puntaje de 4.6. En contraste, el puntaje más bajo lo obtuvo el indicador “Pensamiento tangencial y excesivamente” (3.9), en segundo lugar, se encuentra “Autoestima excesiva” con un puntaje de 4.2 y los indicadores restantes, a saber, “Fuga de ideas”, “Conducta suicida”, “Aumento de la actividad dirigida a un objetivo social”, “Desorganización de la actividad conductual” y “Aumento de la energía sexual” obtuvieron una valoración de 4.5.

En términos generales es posible afirmar que la mayor parte de los indicadores recibieron un puntaje superior a 4.0, a excepción de uno (“Pensamiento tangencial y excesivamente”), éste hace parte del componente Manía-Hipomanía. Otra particularidad detectada está relacionada con el sistema al que pertenecen los indicadores con el más alto puntaje en sendos componentes, se trata del sistema emocional, mientras que el indicador con el puntaje más bajo hace parte del sistema cognitivo.

a. Concreción de la definición sintáctica de EMTA-II

La figura 4 concreta la definición sintáctica propuesta para la medición de Trastornos Afectivos. A nivel global, el esquema se divide en dos grandes secciones: la sección izquierda dispone todos los elementos del constructo asociados con la Depresión y la sección derecha

expone los elementos referentes a la Manía y la Hipomanía. Las dimensiones del constructo se dispusieron jerárquicamente en dos niveles, totalmente retroalimentativos y concordantes con el modelo cognitivo. El primer nivel está constituido por aquellas cogniciones que hacen parte del contenido idiosincrático congruente con el perfil de pacientes con Depresión o Bipolaridad, tanto en lo concerniente a las disfunciones atribucionales como en lo referente a los errores en el procesamiento de información (Grande, Berk, Birmaher, & Vieta, 2016; Alloy et al., 2008; Abramson, 2002; Beck et al., 1983; Beck et al., 1971). El segundo nivel contiene las expresiones sintomatológicas de los Trastornos Afectivos agrupados en los 4 sistemas de respuestas: cognitivo, afectivo/emocional, motivacional/somático y conductual (Beck & Haigh, 2014). Cabe resaltar que, en un cuadro Bipolar, se espera que el reporte del sujeto transite a lo largo de la circunferencia del esquema, manteniendo una consistencia sintomatológica polarizada (aunque no totalmente) a la Depresión o a la Manía/Hipomanía, acorde al episodio más reciente.

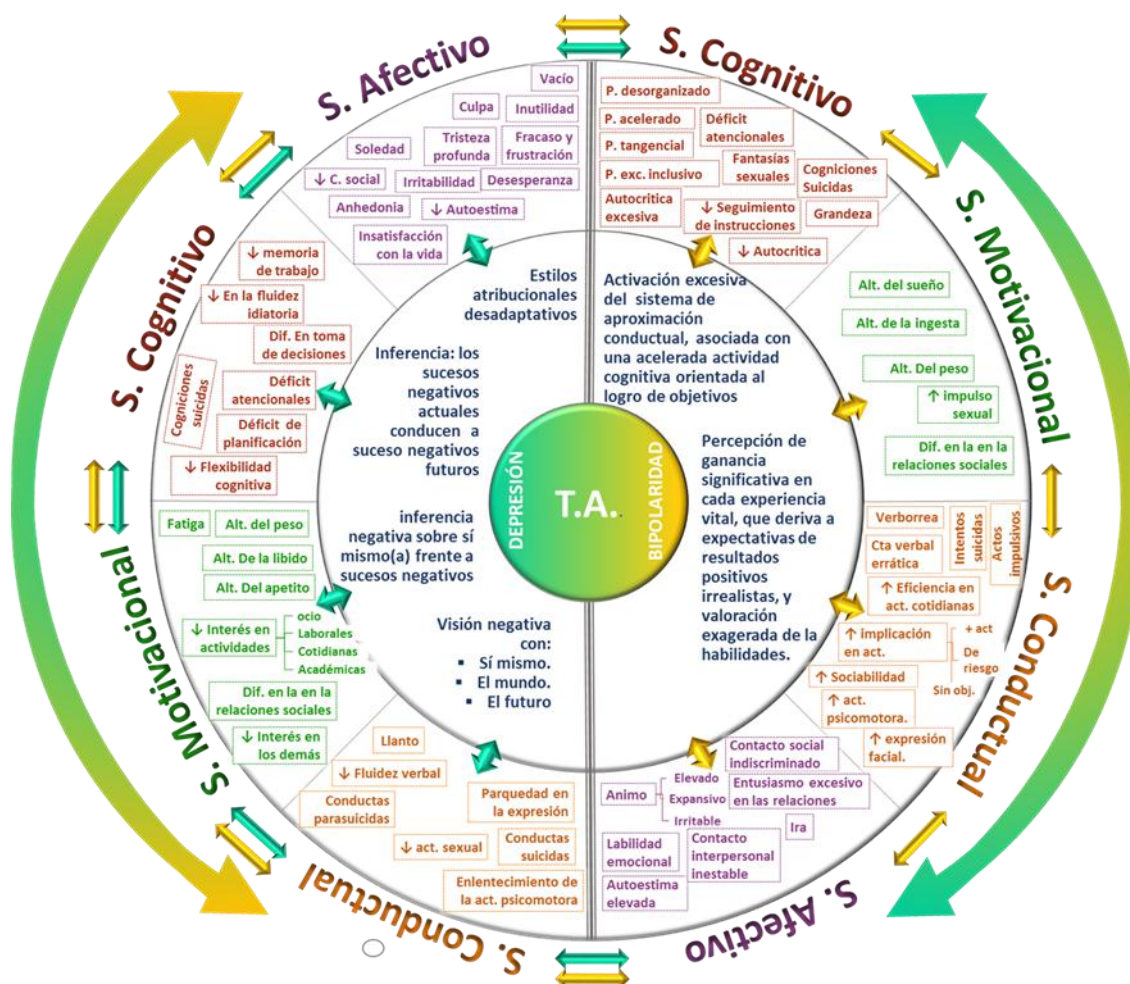


Figura 4. Esquema de la definición sintáctica del constructo. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

8.3 Primera modificación del banco de ítems

En la figura 4 pueden observarse los componentes generales, cuya variable de medida son los trastornos afectivos, comprendida por dos dimensiones: trastornos depresivos y trastornos bipolares. Los primeros se encuentran consignados dentro del componente depresivo que se evalúa en la Subescala de depresión de EMTA II, y los trastornos bipolares compendian el componente depresivo (criterios específicos) y manía/hipomanía, evaluados en la Subescala de

Depresión (ítems específicos) y la Subescala de manía/hipomanía. Los componentes de cada dimensión (depresión y bipolaridad) se encuentran discriminados por sistemas (sistema cognitivo, sistema conductual, sistema afectivo/emocional, sistema motivacional/somático e impacto), estos a su vez se discriminan por una serie de criterios, índices e indicadores; los ítems que los evalúan se describirán a continuación.

El componente de Depresión consta de cuatro sistemas (cognitivo, conductual, afectivo/emocional, motivacional/somático y de impacto). En el sistema cognitivo, el primer criterio son los estilos atribucionales desadaptativos, comprendido por tres índices, el primero de ellos es la percepción de que los factores estables (probabilidad de persistir en el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) son los responsables de los sucesos negativos actuales, cuyo primer indicador hace referencia a la visión negativa generalizada a todos los ámbitos de la vida, evaluado por dos ítems (1 y 2) y el segundo indicador es la percepción de invariabilidad de los sucesos negativos, evaluado por tres ítems (3, 4 y 5). El segundo índice es la inferencia asociada a que los sucesos negativos actuales conducen a sucesos negativos futuros, cuyo primer indicador es la percepción de la reiteración de los sucesos negativos, evaluado por dos ítems (6 y 7), y el segundo indicador hace referencia a la percepción de que las situaciones negativas actuales generaran otras situaciones negativas, evaluado por dos ítems (8 y 9). El tercer índice es la tendencia a la inferencia de características negativas sobre sí mismo(a) cuando ocurren sucesos negativos, cuyo indicador son los pensamientos de culpa, evaluados por cuatro ítems (10, 11, 12 y 13). El segundo criterio hace referencia a las disfunciones cognitivas- Triada de Beck consta de tres índices; el primer índice es la visión negativa del yo: creer que es defectuoso, deficiente, y sin valor, cuyo primer indicador son los pensamientos de defectuosidad: autoestima, evaluado por dos ítems (14 y 15); el segundo

indicador son los pensamientos de defectuosidad: autoconcepto, evaluado por tres ítems (16, 17 y 18); el tercer indicador es la defectuosidad: autoimagen, evaluado por dos ítems (19 y 20); el siguiente indicador es el desamor, evaluado por cuatro ítems (21, 22, 23 y 24) y el último indicador es el abandono, evaluado por tres ítems (25, 26 y 27). El segundo índice es la visión negativa del mundo: insatisfacción con su situación actual de vida y la creencia de que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre ellos, cuyo primer criterio son los pensamientos de insatisfacción con su situación actual de vida, evaluado por dos ítems (28 y 29); y siguiente criterio es la creencia de que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre mí, evaluado por dos ítems (30 y 31); el último índice es la visión negativa del futuro: pesimismo acerca de su capacidad para lograr los resultados deseados, cuyo criterio son los pensamientos de defectuosidad: autoeficacia, evaluado por cuatro ítems (32, 33, 34 y 35). El tercer criterio es la dificultad en las funciones cognitivas, cuyo primer índice son los déficits atencionales, que consta de dos indicadores, el primero es la dificultad para mantener la atención, evaluado por tres ítems (36, 37 y 38), y el segundo indicador es el aumento de la atención selectiva con contenido depresivo, evaluado por tres ítems (39, 40 y 41); el siguiente índice son las dificultades para planificar y monitorear, cuyo primer indicador es la dificultad o imposibilidad para planificar metas futuras, evaluado por tres ítems (42, 43 y 44); el segundo indicador es la dificultad para la planificación y monitoreo de tareas, evaluado por dos ítems (45 y 46); el tercer índice es la dificultad en la toma de decisiones, evaluado dos ítems (47 y 48). El siguiente índice son las dificultades en la fluidez ideatoria, cuyo primer indicador es el enlentecimiento del pensamiento, evaluado por dos ítems (49 y 50); y el segundo indicador es el decremento de la generación de nuevas ideas, evaluado por dos ítems (51 y 52). El quinto índice son los déficits en la memoria de trabajo, cuyo primer indicador es la lentitud en la adquisición de información nueva, evaluado

por dos ítems (53 y 54), el segundo indicador son los olvidos recurrentes, evaluados por dos ítems (55 y 56), y el último indicador es la dificultad para la recuperación de los recuerdos, evaluado por dos ítems (57 y 58); el último índice es el decremento de la flexibilidad cognitiva, que consta de dos indicadores, el primero es adaptar el repertorio de respuesta a nuevas situaciones o estímulos, evaluado por tres ítems (59, 60 y 61), y el segundo indicador es la dificultad en la capacidad para adaptar o inhibir las conductas inadecuadas, evaluado por tres ítems (62, 63 y 64). El cuarto criterio son las cogniciones suicidas, que consta de tres índices, el primero de ellos es la ideación suicida, cuyo primer indicador son los pensamientos de muerte evaluados por dos ítems (65 y 66), y el segundo indicador es la ideación suicida evaluado por dos ítems (67 y 68); el segundo índice son las imágenes de suicidio evaluado por dos ítems (69 y 70); y el tercer índice es la planificación suicida evaluado por dos ítems (71 y 72).

En el sistema conductual del componente de depresión, el primer criterio son las manifestaciones de tristeza, cuyo índice es el llanto, evaluado por dos ítems (73 y 74), el segundo criterio es la inhibición o decremento de la actividad psicomotora, que consta del índice de las dificultades en la fluidez verbal, comprendida por dos indicadores, siendo el primero la lentitud en fluidez verbal (dorso lateral), evaluado por dos ítems (75 y 76) y el segundo indicador es la parquedad en la expresión (cinglada anterior), evaluado por dos ítem (77 y 78); y el tercer índice es el enlentecimiento de la actividad psicomotora, evaluado por cuatro ítems (79, 80, 81 y 82). El cuarto criterio es el decremento de la actividad sexual, evaluado por dos ítems (83 y 84); el último criterio son las conductas suicidas, que consta de dos índices, el primero son las conductas parasuicidas, evaluado por tres ítems (85, 86 y 87) y el segundo índice son los intentos de suicidio, evaluado por dos ítems (88 y 89).

En el sistema afectivo/emocional, el primer criterio de tristeza profunda es evaluado por tres ítems (90, 91 y 92), el segundo criterio de irritabilidad es evaluado por tres ítems (93, 94 y 95), el siguiente criterio de sentimientos de culpa es evaluado por dos ítems (96 y 97), el criterio de sentimiento de inutilidad es evaluado por dos ítems (98 y 99), el criterio de sentimientos de fracaso y frustración es evaluado por dos ítems (100 y 101), el siguiente criterio de defectuosidad: baja autoestima es evaluado por dos ítems (102 y 103), el séptimo criterio de sentimiento de insatisfacción con la vida es evaluado por un ítem (104), el criterio de sentimiento de vacío es evaluado por dos ítems (105 y 106), el noveno criterio de sentimiento de desesperanza es evaluado por dos ítems (107 y 108), el criterio de sentimiento de soledad es evaluado por tres ítems (109, 110 y 111), el siguiente criterio es la dificultad para sentir placer es evaluado por dos ítems (112 y 113) y el último criterio de decremento de intereses en el contacto social es evaluado por dos ítems (114 y 115).

En el sistema de motivación/somático, el primer criterio son las alteraciones relativas a los siguientes índices: el patrón del sueño el cual es evaluado por tres ítems (116, 117 y 118), el siguiente es la libido, cuyo indicador es la disminución del deseo sexual, evaluado por dos ítems (119 y 120), el tercer índice es el peso, evaluado por dos ítems (121 y 122) y el cuarto índice es el apetito, evaluado por dos ítems (123 y 124). El segundo criterio es la pérdida relativa al índice de energía, evaluado por tres ítems (125, 126 y 127), el segundo índice es el interés en las actividades, cuyo primero indicador son las actividades de ocio, evaluado por dos ítems (128 y 129), el segundo indicador son las actividades cotidianas, evaluado por dos ítems (130 y 131) y el último indicador son las actividades académico/laborales, evaluado por tres ítems (132, 133 y 134); por último, el tercer índice de intereses por los demás es evaluado por un ítem (134). El

ultimo criterio son las dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales, evaluado por tres ítems (135, 136 y 137).

El sistema de impacto de la depresión consta de seis criterios: el primero es la intensidad del sentimiento de tristeza, evaluado por un ítem (138), el segundo criterio es la intensidad de la anhedonia evaluado por un ítem (139), el siguiente criterio de intensidad del malestar depresivo general del día, evaluado por un ítem (140), el cuarto criterio de intensidad del malestar depresivo general, evaluado por un ítem (141), el criterio de temor consta de tres indicadores, el primero es el malestar evaluado por dos ítems (142 y 143), el siguiente es temor al futuro, evaluado por dos ítems (144 y 145) y al rechazo es evaluado por un ítem (146); y el último criterio de decremento del desempeño es evaluado por un ítem (147).

El componente de manía/bipolaridad consta de cuatro sistemas (cognitivo, conductual, afectivo/emocional, motivación/somático y el impacto), los cuales se describirán a continuación.

Dentro del sistema cognitivo, el primer criterio es la dificultad en las funciones cognitivas, cuyo primer índice es alteraciones del pensamiento: aceleración y fuga de ideas, el cual consta de cuatro indicadores, el primero es el pensamiento acelerado evaluado por tres ítems (1, 2 y 3), el segundo indicador es el pensamiento desorganizado evaluado por dos ítems (4 y 5), el siguiente indicador es pensamiento tangencial evaluado por dos ítems (6 y 7) y el último indicador es el pensamiento excesivamente inclusivo evaluado por dos ítems (8 y 9); el segundo índice son los déficits atencionales, que consta de dos indicadores, el primero es la distrabilidad: baja inhibición de estímulos (autopercepción y percepción de otros) evaluado por dos ítems (10 y 11) y el segundo indicador es el seguimiento de instrucciones: por completo evaluado por dos ítems (12 y 13); el tercer índice es la grandeza, el cual consta de cuatro indicadores, el primero es el alto-autoconcepto evaluado por dos ítems (14 y 15), el segundo indicador es la alta- autoeficacia

evaluado por tres ítems (16, 17 y 18), el siguiente es la alta- autoimagen evaluado por dos ítems (19 y 20) y el último indicador son los delirios de grandeza: por encima de otros evaluado por dos ítems (21 y 22); el último índice es la baja autocrítica evaluado por tres ítems (23, 24 y 25); el segundo criterio son las fantasías sexuales evaluado por dos ítems (26 y 27), el tercer criterio son las cogniciones suicidas, el cual consta de dos indicadores, el primero es la ideación suicida evaluado por dos ítems (28 y 29) y el segundo es la planificación suicida evaluado por dos ítems (30 y 31); y el último criterio es el optimismo excesivo: con respecto a sí mismo y a otros, evaluado por cuatro ítems (32, 33, 34 y 35).

En el sistema conductual, el primer criterio es la agitación psicomotora, cuyo primer índice es la fluidez verbal: verborrea, el cual consta de cuatro indicadores, el primero es el hablar rápido, evaluado por dos ítems (36 y 37), el segundo es la dificultad para ser interrumpido, evaluado por dos ítems (38 y 39), el siguiente indicador es el tono de voz fuerte, evaluado por dos ítems (40 y 41) y el último indicador es la baja intencionalidad de comunicación recíproca, evaluado por dos ítems (42 y 43). El segundo índice es la conducta verbal errática, que consta de cinco indicadores, el primero es el juego de palabras, evaluado por dos ítems (44 y 45), el siguiente es la poca consideración del impacto de sus palabras, evaluado por dos ítems (46 y 47), el tercer indicador es la inclusión de irrelevancias (impertinencias) y chistes, evaluado por dos ítems (48 y 49), el siguiente indicador son las quejas excesivas, evaluado por dos ítems (50 y 51) y el último indicador son los comentarios hostiles, evaluado por dos ítems (52 y 53); el siguiente índice es el aumento de la eficacia en las actividades cotidianas, evaluado por dos ítems (54 y 55); el cuarto índice es la excesiva implicación en actividades, que consta de cuatro indicadores, el primer indicador es el aumento de la actividad intencionada: Ocupacional (Tareas y proyectos), evaluado por cinco ítems (56, 57, 58, 59 y 60), el segundo indicador es la actividad

sin objetivo (infructífera), evaluado por dos ítems (61 y 62), el tercer indicador es el aumento de la actividad sin objetivo evaluado por dos ítems (63 y 64) y el último indicador son las actividades de riesgo (consumo de drogas, conducta temeraria, gastos excesivos, promiscuidad sexual: sin planificación y sin medir riesgo) evaluado por seis ítems (65, 66, 67, 68, 69 y 70); el siguiente índice es el aumento de la sociabilidad, evaluado por dos ítems (71 y 72); el último índice es el aumento de la activación psicomotora, que consta de dos indicadores, el primero es la aceleración de movimientos, evaluado por dos ítems (73 y 74) y el segundo es la inquietud motora, evaluado por dos ítems (75 y 76); el siguiente criterio es la excesiva expresión facial que consta de dos indicadores, el primero es el manierismo, evaluado por dos ítems (77 y 78) y el segundo son los gastos excesivos, evaluado por dos ítems (79 y 80); el último criterio son las conductas suicidas, que consta de dos indicadores, el primero es la impulsividad (hipomanía), evaluado por dos ítems (81 y 82), y el segundo indicador son los intentos suicidas, evaluado por dos ítems (83 y 84).

En el sistema afectivo/emocional, el primer criterio es ánimo anormal, que consta de tres indicadores, el primero es el elevado, evaluado por dos ítems (85 y 86), el segundo indicador es el expansivo, evaluado por dos ítems (87 y 88) y el último es el irritable, evaluado por dos ítems (89 y 90); el segundo criterio es labilidad emocional, cuyo indicador son los cambios bruscos entre euforia, disforia e irritabilidad, evaluado por dos ítems (91 y 92); el siguiente criterio es autoestima elevada, evaluado por dos ítems (93 y 94); el cuarto criterio es la alteración en las relaciones interpersonales, cuyo primer indicador es el entusiasmo excesivo en las relaciones interpersonales, evaluado por dos ítems (95 y 96), el siguiente indicador es el contacto indiscriminado, evaluado por dos ítems (97 y 98) y el último indicador es el contacto inestable, evaluado por dos ítems (99 y 100); el último criterio son ataques de ira: baja tolerancia a la

frustración, que consta de tres indicadores, el primero es la interrupción, evaluado por dos ítems (101 y 102), el segundo es reacción con ira frente a situaciones que antes toleraba, evaluado por dos ítems (103 y 104) y el tercero es me cuesta trabajo tolerar el fracaso, evaluado por dos ítems (105 y 106).

En el sistema somático/ motivacional, el primer criterio son las alteraciones del sueño, que consta de cuatro indicadores, el primero es la alteración del patrón del sueño: disminución de la necesidad de dormir, evaluado por dos ítems (107 y 108), el segundo es dormir poco, evaluado por dos ítems (109 y 110), el tercero es despertar antes de lo habitual con sensación de descanso, evaluado por dos ítems (111 y 112) y el último es dos días sin dormir ni sentir cansancio, evaluado por dos ítems (113 y 114); el segundo criterio es la alteración de la ingesta, evaluado por dos ítems (115 y 116); el siguiente criterio es la alteración en el peso, evaluado por dos ítems (117 y 118), y por último, aumento del impulso sexual, evaluado por dos ítems (119 y 120).

En el sistema de impacto, el primer criterio es una disminución del desempeño, evaluado por un ítem (121), el segundo es afectación en las relaciones, evaluado por un ítem (122) y el último criterio es aumento de la actividad social, evaluado por dos ítems (123 y 124).

8.4 Evaluación del banco de reactivos

El análisis estadístico incluyó el cálculo de intervalo de confianza V Aiken de cada ítem, para el que se utilizó el programa ICAiken (Merino & Livia, 2009). Este intervalo permite probar si la magnitud obtenida del coeficiente es superior a una establecida como mínimamente aceptable (Aiken, 1980, 1985, 1996). Su valor oscila desde 0 hasta 1, siendo el valor 1 indicativo de un perfecto acuerdo entre los jueces respecto a la mayor puntuación de validez de los

contenidos evaluados. El punto mínimo de validez se estableció en 0.70 en función de los baremos de Aiken, empleando un intervalo de confianza del 95%.

Se realizó el análisis de la validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) mediante de la evaluación de los criterios: Coherencia, Claridad, Precisión, Relevancia y Suficiencia (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008; Angleitner, John, & Löhr, 1986). La evaluación fue realizada por 3 Jueces Profesionales (1 Psicólogo clínico, 1 Psicométrico y 1 Lingüista) pues según lo afirmado por Grantt y Devis (1997) para evaluar la validez de contenido en promedio se requieren entre 3 y 7 jueces expertos.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos a partir de la evaluación cualitativa por parte de los expertos. Los resultados derivados de los reportes de la muestra permitieron identificar en términos generales una tendencia coherente en los promedios de respuesta. La EMTA está compuesta por 2 subescalas (1 de Depresión y 1 de Manía), ambas están diseñadas por 4 sistemas de respuestas: Sistema Cognitivo (SCG), Sistema Afectivo (SA), Sistema Conductual (SC) y Sistema Motivacional (SM). La primera Subescala está conformada por 147 ítems: SCG (72), SA (26), SC (17), SM (22) y 11 de impacto, mientras que la segunda Subescala está conformada por 124 ítems: SCG (35), SA (22), SC (49), SM (14) y 4 de impacto; para un total de 271 ítems que conforman el banco de ítems preliminar puesto a consideración de los 3 jueces.

8.4.1 Subescala de Depresión.

Sistema cognitivo. Los ítems 8, 9, 13-15, 18-20, 23, 25-31, 38-44, 47-51, 53-60, 62, 63, 64, 66-72 mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. Mientras que los ítems 1, 3, 5-7, 10, 11, 16, 17, 21, 22, 36, 45, 46, 52 reportan un acuerdo del 93%. Los ítems 2 y 62 muestran un índice de acuerdo de 87%, y 32, 33 y 37 un acuerdo del 80%. Y un

porcentaje de acuerdo del 73% los ítems 4, 12, 24, 34 y 61. El único ítem que se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70% fue el ítem 35 perteneciente al sistema cognitivo con un porcentaje de acuerdo del 67%, que posterior a las revisiones fue eliminado, ya que, en los demás criterios evaluados, se encontró deficiente (Ver tabla 2). Cabe resaltar que el sistema cognitivo recibe al ítem 108 cuyas evaluaciones de claridad y precisión dieron a lugar un cambio de sistema.

Tabla 2

Evaluación de las características del ítem 35 de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
35	Coh	2	5	3	3,33	N.A.	67%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	4	3,33	.57		.31	.80
	Pre	2	5	4	3,67	.65		.37	.85
	Rel	1	5	4	3,33	.57		.31	.80
	Suf	2	5	4	3,67	.65		.37	.85

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 2); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de éstos.

Del total de 72 ítems del sistema cognitivo los ítems 2, 4, 5, 7, 8, 10, 16, 17 y 20 se ubicaron en el límite inferior 0,70 apuntado como poco relevantes. De la misma forma los ítems 2, 4, 5, 7, 10, 16, 22, 46, 61, 63, 66, 69 y 70 se reportaron bajo el límite inferior en el criterio de precisión; en lo que respecta al criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 2,4, 5, 10, 13, 16, 43, 55, 62, 63 y 66 a los cuales se les realizaron modificaciones a nivel semántico y sintáctico. Así mismo es importante señalar que a los ítems 14, 20, 23, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 38,

39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 67, 69, 70 y 71 no se le realizaron modificaciones debido a que mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado o por decisión autónoma del equipo de investigación. Los ítems 1, 3, 6, 9, 11, 12, 15, 19, 21, 22, 24, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 45, 52, 53, 54, 61, 65, 68 y 72 fueron eliminados del sistema (Ver tabla 3).

Tabla 3

Evaluación de las características de los ítems del sistema cognitivo de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
1	Coh	5	4	5	N.A.	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Suf	4	5	3	4,00	.75		.46	.91
2	Coh	5	4	4	N.A.	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	3	4,00	.75		.46	.91
	Pre	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	4	5	4	4,33	.82		.54	.94
3	Coh	5	5	4	N.A.	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
4	Coh	2	5	4	N.A.	N.A.	73%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	2	5	4	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
5	Coh	5	5	4	N.A.	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
6	Coh	5	5	4	N.A.	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	4	4	3	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97

	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
7	Coh	5	5	4	N.A.	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
8	Coh	5	5	5	N.A.	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
9	Coh	5	5	5	N.A.	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	3	4	4,00	.75		.46	.91
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
10	Coh	5	5	4	N.A.	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
11	Coh	5	5	4	N.A.	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	1	3	4	2,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
12	Coh	1	5	5	3,67	N.A.	73%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
13	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
14	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
15	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.

16	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	4	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
17	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	3	4	4,00	.75		.46	.91
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	4	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
18	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
19	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
20	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
21	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
22	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
23	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1

	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
24	Coh	1	5	5	3,67	N.A.	73%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
25	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
26	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
27	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
28	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
108	Coh	5	5	-	3,33	N.A.	67%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
29	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
30	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
31	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1

32	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	2	5	5	4,00	N.A.	80%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
33	Pre	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Rel	1	4	5	3,33	.57		.31	.80
	Suf	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Coh	2	5	5	4,00	N.A.	80%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
34	Pre	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Rel	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Coh	2	4	5	3,67	N.A.	73%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
35	Pre	2	4	5	3,67	.65		.37	.85
	Rel	1	3	5	3,00	.5		.25	.74
	Suf	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Coh	2	5	3	3,33	N.A.	67%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	4	3,33	.57		.31	.80
36	Pre	2	5	4	3,67	.65		.37	.85
	Rel	1	5	4	3,33	.57		.31	.80
	Suf	2	5	4	3,67	.65		.37	.85
	Coh	5	5	4	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
37	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	2	5	5	4,00	N.A.	80%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
38	Pre	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Rel	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	2	4	5	3,67	.65		.37	.85
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
39	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

40	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
41	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
42	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
43	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
44	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
45	Coh	4	5	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.59	.93
	Pre	5	5	5	5,00	1		.81	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.81	1
	Suf	4	5	5	4,67	.82		.59	.93
46	Coh	4	5	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.31	.93
	Pre	5	5	5	5,00	1		.31	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.31	1
	Suf	4	5	5	4,67	.82		.31	.93
47	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
48	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1

49	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
50	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
51	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
52	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
53	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
54	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
55	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
56	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
57	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1

58	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
59	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
60	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
61	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	3	3	3,67	N.A.	73%	N.A.	N.A.
62	Cla	5	4	3	4,00	.75		.46	.91
	Pre	5	4	3	4,00	.75		.46	.91
	Rel	5	3	4	4,00	.75		.46	.91
	Suf	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
63	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
64	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
65	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	4	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97

	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
66	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
67	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
68	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
69	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
70	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
71	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
72	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Sistema conductual. Los ítems 73-75, 77, 79-81, 83-89 de este sistema mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. Los ítems 76, 78 y 82 muestran un índice de acuerdo de 87%, ningún ítem de este sistema se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 14); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de éstos.

Del total de 17 ítems en este sistema los ítems 82 y 87 se ubicaron en el límite inferior a 0,70 en el criterio de relevancia. En el criterio de claridad solo el ítem 84 tuvo valores de V de aiken por debajo de 0,70 en el límite inferior, por lo cual se procedió a realizar las modificaciones semánticas y sintácticas que dieron lugar por comentarios de los evaluadores. A los ítems 74, 77, 81, 83, 85, 86, 87, 88 y 89 no se le realizaron modificaciones debido a que mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado, los ítems 73, 75, 76, 78, 79, 80 y 82 fueron eliminados del sistema (Ver tabla 4).

Tabla 4

Evaluación de las características de los ítems del sistema conductual de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
73	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
74	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
75	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.

76	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	2	4	5	3,67	.65		.37	.85
	Rel	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
77	Cla	1	4	5	3,33	.57		.31	.80
	Pre	2	3	5	3,33	.57		.31	.80
	Rel	1	4	5	3,33	.57		.31	.80
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
78	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
79	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
80	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Rel	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
81	Cla	1	5	4	3,33	.57		.31	.80
	Pre	2	5	4	3,67	.65		.37	.85
	Rel	1	5	4	3,33	.57		.31	.80
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
82	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	3	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
83	Cla	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1

	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
84	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
85	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
86	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
87	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
88	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
89	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Sistema afectivo. Los ítems 90, 92-95, 100-104, 107, 109, 110, 112-115 del sistema mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. El ítem 91 muestra un índice de acuerdo de 87%. Los ítems 97, 98 y 99 muestran un índice de acuerdo de 87%. Los ítems 96, 105 y 106 muestran un porcentaje de acuerdo de 80%; ningún ítem de este sistema se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 15); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de éstos.

Del total de 26 ítems en este sistema los ítems 91, 95, 96, 97, 98, 99, 105, 106 y 111 fueron los únicos que se ubicaron en el límite inferior a 0,70 señalándolos como poco relevantes. Los ítem 91, 95, 96, 97, 98 y 108 reprotaron valores bajos en el criterio de precisión y en el criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 91, 95, 96, 97, 98, 104, 108, 113 y 114 a los cuales se le realizaron modificaciones a nivel semántico y/o sintáctico. Cabe resaltar que el ítem 108 requirió una modificación sintáctica que implicó el cambio del sistema de respuesta al que pertenece, elevándolo al sistema cognitivo. A los ítems 90, 92, 93, 94, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 107, 109, 112 y 115 no se le realizaron modificaciones debido a que estos mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado, los ítems 99, 105, 106, 108 y 111 fueron eliminados del sistema (Ver tabla 5).

Tabla 5

Evaluación de las características de los ítems del sistema afectivo de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
90	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
91	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
92	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1

93	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
94	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
95	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
96	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	4	3	4,00	N.A.	80%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
97	Suf	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	4	4	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
98	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	3	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
99	Suf	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	4	4	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	3	4	4,00	.75		.59	.91
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
100	Suf	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
101	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1

102	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
103	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
104	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
105	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	3	4	5	4,00	N.A.	80%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
106	Pre	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
	Suf	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
	Coh	3	4	5	4,00	N.A.	80%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
107	Pre	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
	Suf	3	5	5	4,33	.82		.54	.80
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
108	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Se elevó al sistema cognitivo								
109	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
110	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1

111	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
112	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
113	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
114	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
115	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Sistema motivacional. Los ítems 116-119, 121-131, 134 y 135 del sistema mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. Los ítems 120, 132 y 136 muestran un índice de acuerdo de 93%. Los ítems 133 y 137 muestran un índice de acuerdo de 87%. Ningún ítem de este sistema se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 16); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de estos.

Del total de 22 ítems en este sistema fueron los ítems 118, 120, 123, 132, 133, 134, 135, 136 y 137 los únicos que se ubicaron en el límite inferior a 0,70 señalándolos como poco relevantes. Los ítems 119, 132, 133, 134, 136 y 137 se reportaron bajo en el límite inferior en el criterio de precisión. En este sentido, en el criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 132, 133, 135, 136 y 137 a los cuales se le realizaron modificaciones a nivel semántico y/o sintáctico. A los ítems 116, 117, 118, 119, 122, 123, 125, 126, 130 y 131 no se le realizaron modificaciones debido a que estos mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado, los ítems 120, 121, 124, 127, 128, 129 y 131 fueron eliminados del sistema (Ver tabla 6).

Tabla 6

Evaluación de las características de los ítems del sistema motivacional de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
116	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
117	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
118	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

119	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
120	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
121	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
122	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
123	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
124	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
125	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
126	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
127	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1

	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
128	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	2	4	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
129	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	2	5	5	4,00	.75		.46	.91
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
130	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
131	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5		3,33	.57		.31	.80
132	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	3	4	4,00	.75		.46	.91
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
133	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	3	4	4,00	.75		.46	.91
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
134	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
135	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
136	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.

	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
137	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	3	4	4,00	.75		.46	.91

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Impacto. Los ítems 138, 141, 142 y 144 para la medida del impacto mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. Los ítems 140, 143 y 147 muestran un índice de acuerdo de 93%. Los ítems 137, 139, 145 y 146 muestran un índice de acuerdo de 87%. Ningún ítem de este sistema se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 17); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de éstos.

Todos los 10 ítems que aportan una medida de impacto tuvieron sugerias significativas en términos de su relevancia, claridad y precisión. Los ítems 140, 141, 142, 145 y 146 los únicos que se ubicaron en el límite inferior a 0,70 señalándolos como poco relevantes. Solo el ítem 145 y 146 se reportó bajo en el límite inferior en el criterio de precisión. En el criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 140, 142, 145 y 146 a los cuales se les realizaron modificaciones a nivel semántico y sintáctico. Al ítem 140, 141, 142, 145, y 146 no se le realizó modificación debido a que este mantuvo en todos los criterios el intervalo de

confianza V de Aiken adecuado, los ítems 138, 139, 143, 144 y 147 de impacto fueron eliminados (Ver tabla 7).

Tabla 7

Evaluación de las características de los ítems para la medida del impacto de la Subescala de Depresión de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
138	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
139	Coh	5	5	3	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
140	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
141	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
142	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	4	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
143	Coh	5	5	4	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
144	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	3	5	4,33	.82		.54	.94

	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
145	Coh	5	4	4	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	2	4	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
146	Coh	5	4	4	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
147	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	3	5	4,33	.82c		.54	.94
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

8.4.2 Subescala de Manía

Sistema cognitivo. Los ítems 1, 2, 4, 6, 12-24, 26-29, 33-35 de este sistema mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de éstos. Mientras que los ítems 5, 7-11, 30 y 32 reportan un acuerdo del 93%. Los ítems 3, 25 y 31 muestran un índice de acuerdo de 87%. Ningún ítem se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70% (Ver tabla 18).

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla18); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de estos.

Del total de 35 ítems en este sistema, solo el ítem 20 se ubicó en el límite inferior 0,70 apuntándolo como poco relevante. De la misma forma los 2, 7, 8, 11, 14 y 25 se reportaron bajo el límite inferior en el criterio de precisión; por lo que en el criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 2, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 22, 25 y 27 a los cuales se les

realizaron modificaciones a nivel semántico y sintáctico. Así mismo es importante señalar que a los ítems 1, 4, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 34 y 35 no se le realizaron modificaciones debido a que estos mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado, los ítems 3, 5, 6, 16, 24, 27, 32 y 33 fueron eliminados del sistema (Ver tabla 8).

Tabla 8

Evaluación de las características de los ítems del sistema cognitivo de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
1	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
2	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
3	Coh	5	5	3	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	3	4,33	.82		.54	.94
4	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
5	Coh	5	5	4	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	4	4,67	.9		.62	.97
	Rel	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
6	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1

7	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
8	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
9	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
10	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
11	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
12	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
13	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
14	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

15	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
16	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
17	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
18	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
19	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
20	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
21	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
22	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
23	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1

24	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
25	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
26	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
27	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
28	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
29	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
30	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
31	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
32	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.

33	Cla	3	4	5	4,00	.75		.46	.91
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
34	Cla	3	4	5	4,00	.75		.46	.91
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
35	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	3	4	5	4,00	.75		.46	.91
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Sistema conductual. Los ítems 36-39, 41, 43-48, 50-53, 56-60, 64-66, 68-71, 73-75, 77-81 y 83, 84 del sistema mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. Los ítems 40, 42, 49, 54, 55, 61, 62, 67, 72, 76 y 82 muestran un índice de acuerdo de 93%. Solo el ítem 63 se ubicó con un porcentaje de acuerdo de 87%. Ningún ítem de este sistema se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 19); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de éstos.

Del total de 49 ítems en este sistema todos se ubicaron sobre el límite inferior a 0,70, es decir de 0,71 hacia arriba, con mayor proximidad al 1, señalándolos como ítems muy relevantes. En el criterio de precisión se ubicaron bajo el límite los ítems 40, 42, 49, 68, 74, 75, 76, 78, 79 y

82; por lo que en el criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 39, 40, 42, 44, 45, 49, 54, 56, 57, 61, 63, 64, 66, 68, 74, 75, 76, 77, 78, 80 y 82 a los cuales se les realizaron modificaciones a nivel semántico, sintáctico y a dos de ellos ortográficos. A los ítems 36, 37, 38, 43, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 78, 83 y 84 no se le realizaron modificaciones debido a que estos mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado, los ítems 39, 41, 46, 55, 65, 80 y 81 fueron eliminados del sistema (Ver tabla 9).

Tabla 9

Evaluación de las características de los ítems del sistema conductual de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
36	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
37	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
38	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
39	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
40	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1

41	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
42	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	1	4	5	3,33	.57		.31	.80
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
43	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	4	5	3,33	.57		.31	.80
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
44	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
45	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
46	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	3	5	5	4,33	.82		.54	.94
47	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
48	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
49	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94

50	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
51	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
52	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
53	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
54	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
55	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
56	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
57	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

58	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
59	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
60	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
61	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
62	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
63	Coh	5	3	5	4,33	N.A.	87%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
64	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
65	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
66	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1

67	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
68	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
69	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
70	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
71	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
72	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
73	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
74	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
75	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.

76	Cla	5	2	5	4,00	.75		.46	.91
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
77	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
78	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
79	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
80	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
81	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
82	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
83	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
83	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1

84	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Sistema afectivo. Los ítems 85-95, 97, 99 y 101-105 del sistema mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de éstos. Los ítems 96, 98 y 100 muestran un índice de acuerdo de 93%. Ningún ítem de este sistema se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 20); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de estos.

Del total de 22 ítems en este sistema, solo el ítem 105 se ubicó en el límite inferior a 0,70 señalándolo como poco relevante. En el criterio de precisión se señalaron los ítems 85, 91, 92, 93, 97, 98, 102, 103 y 105 como poco precisos, debido a la ubicación en el límite inferior. En el criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 85, 86, 91, 92, 93, 97, 98, 102, 103 y 105 a los cuales se le realizaron modificaciones a nivel semántico y/o sintáctico. A los ítems 86, 87, 88, 89, 90, 94, 95, 99, 100, 101 y 104 no se le realizaron modificaciones debido a que estos mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado, los ítems 96 y 106 fueron eliminados del sistema (Ver tabla 10).

Tabla 10

Evaluación de las características de los ítems del sistema afectivo de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
85	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.

86	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
87	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
88	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
89	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
90	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
91	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
92	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
93	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.

	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
94	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
95	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
96	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
97	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
98	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
99	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
100	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
101	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
102	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97

103	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
104	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
105	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
106	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	3	5	4,33	.82		.54	.94

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Sistema motivacional. Los ítems 112, 115, 116-118 y 120 del sistema mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. Los ítems 101-111, 113, 114 y 119 muestran un índice de acuerdo de 93%. Ningún ítem de este sistema se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%.

El límite inferior de V de Aiken no fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 21); por esta razón, fue necesario hacer algunos ajustes como la modificación de su redacción para mejorar la precisión, la relevancia y la claridad tanto semánticas como sintácticas de estos.

Del total de 14 ítems en este sistema los ítems 108, 109, 110, 111, 115 y 118 fueron los únicos que se ubicaron en el límite inferior a 0,70 señalándolos como poco relevantes. Los ítems

109, 110 y 111 se reportaron bajo en el límite inferior en el criterio de precisión; por lo que en el criterio de claridad fueron apuntados como bajos en el límite los ítems 108, 109, 110, 114, 115 y 118 a los cuales se le realizaron modificaciones a nivel semántico y/o sintáctico. A los ítems 119 y 120 no se le realizaron modificaciones debido a que éstos mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado, los ítems 107, 112, 113, 116 y 117 fueron eliminados del sistema. (Ver tabla 11).

Tabla 11

Evaluación de las características de los ítems del sistema motivacional de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
107	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
108	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
109	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
110	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
111	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
112	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.

113	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
114	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
115	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
116	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
117	Cla	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Pre	5	3	5	4,33	.82		.54	.94
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
118	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
119	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Suf	5	4	5	4,67	.9		.62	.97
	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
120	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
-----	---	---	---	------	---	--	-----	----------

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

Impacto. Los ítems 121, 122 y 123 para la medida del impacto mostraron un índice de acuerdo del 100% con respecto a la coherencia de estos. El ítem 124 muestra un índice de acuerdo de 93%. Ningún ítem de estos se ubicó en un porcentaje de acuerdo de los jueces por debajo del 70%. El límite inferior de V de Aiken fue siempre superior al 0,70 (Ver tabla 12); por esta razón, no se les realizaron modificaciones a éstos debido a que mantuvieron en todos los criterios el intervalo de confianza V de Aiken adecuado. (Ver tabla 12).

Tabla 12

Evaluación de las características de los ítems para la medida del impacto de la Subescala de Manía de la EMTA por parte de expertos

Ítem	*Criterio	Exp. 1	Exp. 2	Exp. 3	M	V de Aiken	% de acuerdo	LI (95%)	LS (95%)
121	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
122	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	1	5	5	3,67	.65		.37	.85
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
123	Coh	5	5	5	5,00	N.A.	100%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1
124	Coh	5	4	5	4,67	N.A.	93%	N.A.	N.A.
	Cla	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Pre	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Rel	5	5	5	5,00	1		.75	1
	Suf	5	5	5	5,00	1		.75	1

Nota: Coh: coherencia, Cla: claridad, Pre: precisión, Rel: relevancia; Suf: suficiencia, Exp: experto, M: media, LI: límite inferior, LS: límite superior. Por. N. De Ávila y L. Márquez, 2017.

El indicador de Pensamientos de defectuosidad fue incluido pues según Beck (1967) el paciente con Depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva), el paciente se percibe así mismo como defectuoso, pero por recomendación de los jueces profesionales fue eliminado por considerar que los ítems que lo componían eran medidores de autoeficacia y no de pensamientos de defectuosidad.

Es de suma importancia mencionar que dentro de las categorías que emergieron de la evaluación de la experiencia de los jueces clínicos se encuentran los sentimientos de vacío, un síntoma que se manifiesta en pacientes con Depresión unipolar y bipolar (Fierro, Bustos y Molina, 2016) pero se eliminó por consideración de los jueces profesionales que componían la segunda muestra.

En total se eliminaron 75 ítems (53 ítems de Depresión y 22 ítems de Manía). No obstante, las 13 evaluaciones, comentarios y/o recomendaciones acerca de algunos ítems (11 de Depresión y 2 de Manía) no fueron tomados en cuenta por considerar que eran ítems de suma relevancia para ser indagados en pacientes con trastornos afectivos.

Por consideración de la evaluación de los jueces profesionales se realizaron 42 Cambios Semánticos (16 en Depresión y 29 en Manía), 17 Cambios Sintácticos (3 en Depresión y 14 en Manía) y 18 Cambios Mixtos (11 en Depresión y 7 en Manía), para un total de 77 ítems modificados en Claridad.

9. Discusión

Las continuas dificultades en el proceso de evaluación clínica de los trastornos afectivos dada la prevalente controversia en la teorización y operacionalización de los constructos de manía y depresión, deriva en la necesidad de velar constantemente por ofrecer el mayor ajuste y eficiencia posible de los instrumentos de medición clínica, especialmente en cuidado de mantener coherencia con las rutas provistas por los sistemas de evaluación categorial vigentes.

Lo anterior dispone para el presente trabajo evaluar la validez de contenido de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-II).

Los resultados principales derivados del análisis semántico-operacional son coincidentes con las disposiciones de evaluación cognitivo conductual con respecto a la necesidad de división de síntomas/ criterios por sistemas de respuesta: Cognitivo, Afectivo/Emocional, Conductual y Motivacional/Somático (Beck, 1979).

En el sistema Cognitivo haciendo alusión a la Depresión y la Manía es de suma relevancia incorporar soportes que hagan frente al tema del surgimiento de errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales, lo que recibe el nombre de Distorsión Cognitiva (Beck, 1979) la cual es definida como la asunción de la percepción de que los factores estables (probabilidad de persistir en el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) son los responsables de los sucesos negativos actuales y que estos sucesos a su vez conducirán a sucesos negativos futuros; lo cual tiene una inferencia de características negativas sobre sí mismo(a) cuando ocurren estos sucesos negativos, que se refleja en estilos atribucionales desadaptativos (Abramson et al., 1997); a la vez que puede tener una visión negativa a nivel global (de sí mismo, del mundo y del futuro) (Beck, 1983).

El contenido de la cognición de los pacientes depresivos no siempre tiene algún tipo de disfunción, puesto que derivado del análisis semántico-operacional de la variable y las entrevistas sugieren que estos problemas en la forma del procesamiento pueden contener dificultades en la memoria, atención y funciones ejecutivas. Además se requiere la inclusión de estas variables, teniendo en consideración la evidencia derivada de estudios que afirman que los déficits a nivel atencional que se presentan en la Depresión interfieren en gran medida en los procesos controlados más que en los automáticos, además de las dificultades de la memoria de trabajo y la relación con los inconvenientes que se reportan frente a la baja capacidad de planificar actividades y postergación de estas mismas en pacientes con trastornos afectivos (Goodale, 2007; Grande, Berk, Birmaher & Vieta, 2016).

En concordancia con lo anterior, en el episodio depresivo se presenta un decremento significativo de la conducta verbal de acuerdo con Gastó, Guarch y Navarro (2015), según la OMS (2016) existen dificultades para experimentar el placer frente a actividades de la vida cotidiana y/o actividades que solían interesarles. En cuanto a los sentimientos que experimentan se encuentran los de soledad (Pirkko, Niina, Reij, Timo, & Kaisu, 2006) y vacío (National Institute of Mental Health- NIMH, 2009). En el mismo sentido, son constantes los miedos/angustias frente al futuro que les espera y que no será agradable por la misma manifestación de los síntomas (Mata y García, 2007), además del miedo/angustia a sentirse rechazados por personas significativas en su vida (Leibowitz et al., 1988).

De acuerdo con Beck y Alford (2009) y un informe del National Institute of Mental Health (NIMH) el deseo de muerte es una clara muestra de pensamientos de muerte. Mientras que las ideas indirectas sobre el deseo de no existir y luego el deseo de estar muerto es el inicio de la ideación suicida, la cual es considerada la primera fase de la conducta suicida, por lo que ambos

factores son tenidos en cuenta en el desarrollo de la investigación, comprendiendo los pensamientos de muerte como uno de los factores que influyen en la ideación suicida.

Para el caso en particular de los pacientes con síntomas maníacos el aumento de la energía es de los más marcados y se relaciona en gran medida con la necesidad del paciente de intervenir en múltiples actividades al tiempo así como en la constante búsqueda de ser altamente productivo frente a las demandas del medio (Johnson & Leahy, 2004). De igual forma las cogniciones suicidas (ideación y planificación suicida) que presentan los pacientes en fase maníaca, son síntomas que deben ser abordados por las implicaciones que generan teniendo en cuenta que pueden desencadenar intentos suicidas (Johnson & Leahy, 2004).

En cuanto al impacto en la vida de personas con trastornos afectivos, las implicaciones suelen apuntar al deterioro de las relaciones interpersonales; considerando que en la Depresión suele darse un desinterés por relacionarse con los otros (Sanz & Vázquez, 1995) y en la Manía suele haber baja calidad de las relaciones sociales (Lorenzo, 2015). Mientras tanto, se encuentra latente el miedo/angustia que experimentan frente al malestar que los aqueja y sus consecuencias actuales, así como a las que desencadenará; lo cual se suscita como una causa endógena de un cuadro de ansiedad comorbido con los trastornos depresivos.

La necesidad de incluir el indicador de Pensamientos de defectuosidad tal y como Beck (1967) señala en el paciente con Depresión, obedece a un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva), percibiéndose a sí mismo como defectuoso; no obstante, los jueces en el presente estudio consideraron a los ítems que lo componían más como medidores de autoeficacia que de pensamientos de defectuosidad.

Igualmente se destaca dentro de las categorías emergentes para la evaluación, los sentimientos de vacío desde las consideraciones de los jueces clínicos, reportando este como un

síntoma que se manifiesta en pacientes con Depresión unipolar y bipolar (Fierro, Bustos y Molina, 2016); sin embargo, se eliminó por consideración de los jueces profesionales que constituirían la segunda muestra porque no lo consideraban relevante y determinante dentro de la sintomatología a evaluar.

Se puede considerar desde la disposición de evaluación por sistemas de respuesta, la posibilidad de ampliar la eficiencia de la prueba al minimizar los problemas asociados a la discrepancia de los criterios de evaluación categorial y dimensional; tales discrepancias conllevan serias implicaciones en la evaluación, tales como la insuficiencia en la cobertura de los trastornos depresivos (Beck & Steer, 1993; Beck, Steer & Brown, 1996, 2000, 2011^a, 2011^b; Herrero y Gracia, 2007; Sanz, Izquierdo y García-Vera, 2013; Zung, 1965), los problemas de sobrediagnostico por marcaciones significativas en algunos síntomas que afectan el puntaje global (Lara et al., 2002), diferencias entre la medición y criterios diagnósticos (DSM Y CIE 10) entre distimia y trastorno depresivo mayor (Sanz, Izquierdo y García-Vera, 2013) puesto que la cobertura de síntomas se orienta hacia el trastorno depresivo mayor (Sanz, Izquierdo y García-Vera, 2013). Así mismo, el configurar ítems para evaluar cada sistema de respuesta amplía el número de ítems que permite cubrir la valoración integral de los síntomas (Sanz, Izquierdo y García-Vera, 2013).

Por su parte, esta caracterización es igual de contribuyente a sortear las dificultades de evaluación de manía, un constructo cuya medición ha sido tradicionalmente deficiente (Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003). Al igual que en depresión las discrepancias de los sistemas de medida con respecto a los criterios diagnósticos no solo orientan a efectuar diagnósticos sobredimensionados desde el puntaje global (Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003) sino a una evaluación desajustada por la falta de definición de las cargas en las dimensiones

sintomatológicas y en los tiempos de aplicación (Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003).

Adicionalmente, esta división de sistemas efectuada permite incluir de manera discriminada ítems tanto para la evaluación de depresión bipolar como unipolar y extraer un perfil además de las diferencias de medida por sistema (Sánchez-Pedraza y Rosero-Villota, 2003). El instrumento logra efectuar una caracterización diferencial de la finalidad de evaluación en términos de los reportes de frecuencia, intensidad y cronicidad (Rehm, 1976).

A manera general, la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA-II cuenta con niveles altos de validez y confiabilidad, por lo que se considera un instrumento de medida con un constructo claro y delimitado.

En conclusión, este proceso investigativo da como resultado unos ítems claros, precisos, relevantes y pertinentes que cuentan con suficiencia frente a la sintomatología contemplada en los sistemas de medida internacional y el modelo Cognitivo-Conductual, lo que permite hacer las revisiones requeridas en cuanto a gramática, claridad en la redacción y a la representatividad del constructo que se desea evaluar.

Se recomienda para posteriores investigaciones ampliar la muestra de Jueces Expertos (Profesionales y pacientes), así mismo se requiere la existencia de representatividad y homogeneidad en los participantes del estudio, es necesario también realizar procesos de validación del instrumento en otras regiones de Colombia.

10. Recomendaciones

A continuación, derivado de los hallazgos de la presente investigación, es pertinente hacer énfasis en diferentes aspectos que es necesario ampliar en investigaciones futuras. Estos son:

1. Reducir el número de ítems que componen la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos-EMTA II (Subescala de Depresión y Subescala de Manía) por medio de un análisis factorial, así mismo llevar a cabo una revisión de los mismos para determinar si su proporción da lugar a un balance en la representatividad de los sistemas de respuesta acorde a la evaluación categorial, argumento soportado por Sanz, Izquierdo y García-Vera (2013). Materializar estas recomendaciones daría respuesta a la necesidad del sistema de salud, expresada por Sanchez-Pedraza y Rosero-Villota (2003) de diseñar un instrumento ágil, capaz de reducir el tiempo que tarda el proceso diagnóstico sin perder la representatividad de los criterios categoriales asociados a los trastornos depresivos.

2. Contar con dos versiones de EMTA –II una orientada a los procesos clínicos en la que se incluyan los componentes motivacionales/fisiológicos, conductuales, afectivos y cognitivos, el factor de impacto, los estilos atribucionales así como los errores en el procesamiento de la información, esto con el fin de profundizar en el contenido que dio origen al trastorno y de esta forma facilitar la emisión de diagnósticos más precisos; la otra versión estaría orientada a procesos investigativos incluirá exclusivamente los componentes motivacionales/fisiológicos, conductuales, afectivos y cognitivos haciendo énfasis en las manifestaciones exógenas en aras de obtener datos concretos que faciliten su posterior procesamiento e interpretación. En cuanto a los ítems de impacto se considera pertinente realizar una revisión, excluirlos del puntaje global, y resaltar el valor descriptivo e informativo que poseen para el personal clínico al momento de evaluar la cronicidad de la sintomatología, con formatos más abiertos.

3. Contar con puntuaciones finales de EMTA que no solo tengan puntos de corte, sino que den lugar al diseño de perfiles con puntajes T, con el objetivo de vislumbrar tanto la medida por sistemas como la medida global y de esta manera hacer la discriminación entre el tipo de síntomas que prevalecen en el paciente obteniendo así un perfil individualizado, que además contribuya a aproximaciones diagnósticas más precisas y discriminantes de los subtipos de trastornos depresivos.

4. Agregar a EMTA una ficha inicial en la que se registren los antecedentes del paciente y que estos puedan ser contrastados con los resultados.

Referencias

- Abello-Luque, D., Cortés-Peña, O., Fonseca-Consuegra, L., Garcia-Roncallo, P., & Mariño-Buitrago, J. (2013). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos–EMTA: análisis desde la teoría clásica de los test y la teoría de respuesta al ítem. *Suma Psicológica*, 20(2), 203-216.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Joiner, T. E., & Sandín, B. (1997). Teoría de la Depresión por Desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.
- Agüera-Ortiz, L., Montón, C., Cuervo, J., Medina, E., Díaz-Cuervo, H., & Maurino, J. (2013). Adaptación al castellano de la escala Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) para la evaluación de la depresión mayor desde la perspectiva del paciente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 287-300.
- AERA., APA., & NCME. (1999). *Standards for educational and psychological test*. Washitong DC: American Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education.
- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955-959.
- Aiken, L. (1985). Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ralings. *Educational and Psychological Measurement*, 45(1), 131-142.
- Aiken, L. (1996). *Tests psicológicos y evaluación [Assessment and Psychological Tests]*. México, D.F: Pearson Prentice Hall.

- Aliaga, J. (2007). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. Recuperado de: <http://www.unmsm.edu.pe/psicologia/documentos/documentos2007>
- Álvaro, J., Garrido, A., & Schweiger, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), 333-348. doi: 10.3989/ris.2008.06.08
- Anastasi, A. (1986). Evolving Concepts of Test Validation. *Annual Review Psychology*, 37, 1-15. doi. 10.1146/annurev.ps.37.020186.000245
- Antúnez, Z., & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55.
- Apiquian, R., Páez, F., Tapia, R., Fresán, A., Vallejo, G., & Nicollini, H. (1997). Validez y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de la Manía. *Salud Mental*, 20(3), 23-29.
- Aquipa, J. (2012). Diseño y validación del inventario de dependencia Emocional – ide. *Revista IIPS*, 5(1), 133-145.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beato, M. (1993). Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitvismo. *Revista de Historia de la Psicología*, 9(3-4), 385-394.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX, United States of America: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX, United States of America: The Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2000). *BDI-Fast Screen for medical patients, Manual*. San Antonio, TX, United States of America: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Alford, B. (2009). *Depression: Causes and Treatment*. Pennsylvania, United States of America: University Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011a). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid, España: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011b). *Manual. BDI-FastScreen. Inventario de Depresión de Beck FastScreen para pacientes médicos* (Adaptación española: Sanz, J., Izquierdo, A., y García-Vera, M. P.). Madrid, España: Pearson Educación.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology* (10), 1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
- Benavent, P., Alvarez, P., García-Valls, J., Livianos, L., & L, R. (2004). Inventario Chino de Polaridad: su adaptación a nuestro ámbito. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(6), 363-370.
- Bobes-García, J., G.-Portilla, M. P., Bascarán-Fernández, M. T., Sáiz-Martínez, P., & Bousoño-García, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica (Segunda Ed.)*. Barcelona, España: Psiquiatría Editores, S.L.
- Brown, F. (1980). *Principios de la Medición en Psicología y Educación*. México, D.F., México: El Manual Moderno.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?. *Qualitative Research*, 6(1), 97–113.

Calderón, G. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo.

Revista de Neuro-Psiquiatría, 60(2), 127-135. Recuperado de:

<http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-8597&lang=pt>

Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios

instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.

Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-158.pdf

Chen, H. T. (2006). A theory-driven evaluation perspective on mixed methods research.

Research in the Schools, 13(1), 74-82.

Chinchilla-Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Buenos

Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Costa-Neiva, K. (1996). *Manual de pruebas de inteligencia y aptitudes*. México, D.F., México:

Plaza y Valdés, S.A. de C.V.

Creswell, J., & Piano, V. (2007). *Designing and Conducting: Mixed Methods Research*.

California, United States of America: Sage Publications.

Creswell, J. (2014). *Research design (Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches)*.

London, UK: Sage Publications Inc.

De la Cruz-Urzúa, D., González-Escobar, S., & Martínez-Monroy, X. (2007). La medición de la

depresión en adolescentes: una propuesta psicométrica. *Psicología y Salud*, 17(2), 199-205.

Doménech-Llaberia, E., Araneda, N., Xifró, A., & Riba, M. D. (2003). Escala de depresión

preescolar para maestros (ESDM 3-6): primeros resultados de validación. *Psicothema*, 15(4), 575-580.

- Escandell, C. (2014). *Elaboración del proceso de Enseñanza-Aprendizaje en formación profesional para el empleo, elaboración de pruebas y seguimiento del proceso formativo*. Madrid, España: IdeasPropias Editorial.
- Escurra, L. (1989) Cuantificación de la Validez de Contenido por Criterio de Jueces. *Revista de Psicología - PUCP*, 6(1-2), 103-111.
- Fechner, G. (1860). *Elemente der Psychophysik*. Leipzig, Deutschland: Breitkopf and Hârtel.
- Fierro, M., Bustos, A., & Molina, C. (2016). Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 162–169.
- Galindo, D. (2002). *La detección temprana de los problemas de aprendizaje: un estudio longitudinal*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de educación. Universidad Complutense de Madrid.
- Galton, F. (1869). *Hereditary Genius: an inquiry into its laws and consequences*. London, UK: Macmillan and CO.
- González, C., De Greiff, E., & Avendaño, B. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo de indefensión desesperanza. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(1), 59-72.
- González-Forteza, C., Wagner-Echeagaray, F., & Jiménez-Tapia, A. (2012). Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES–D) en México: análisis bibliométrico. *Salud Mental*, 35(1), 13-20.
- González-LLaneza, F. (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Ciudad de La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

- Haynes, S., Richard, D., & Kubany, E. (1995). Content validity in psychological assessment; a functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238-247.
- Herrero, J., & Gracia, F. E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD7). *Salud Mental*, 30, 40-46.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*, 167(7), 748-751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Instituto de Medicina legal y Ciencias Forenses (INMLCF). (2014). *Forensis 2014: Datos para la vida*. Recuperado de:
<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>
- Jara, M., Lana, K., Schneider, L., & Lemos, K. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de posgrado de la vía catedra de medicina*, (177), 22-24. Recuperado de:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista177/5_177.pdf
- Jaramillo, L. E., Sánchez-Pedraza, R., & Gómez-Restrepo, C. (2008). Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 516-537.
- Johnson, S., & Leahy, R. (2004). *Psychological Treatment of bipolar disorder*. New York, United States of America: The Guilford Press.
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119-145.

- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Shaw, D. A. (1968). Depression: a clinical-research approach. In R. D. Rubin and C. W. Franks (Eds.). *Advances in behavior therapy*, 1968. New York, United States of America: Academic Press. 231-240.
- Liebowitz, MR., Quitkin, FM., Stewart, JW., McGrath, PJ., Harrison, WM., Markowitz, JS., Rabkin, JG., Tricamo, E., Goetz, DM., & Klein, DF. (1988). Antidepressant specificity in atypical depression. *Arch Gen Psychiatry*, 45(2), 129-137.
- Merino, C., & Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido: un programa Visual Basic para la V de Aiken. *Anales de Psicología*, 25(1), 169-171.
- Messick, S. (1995). Standards of validity and the validity of standards in performance assessment. *Educational measurement: Issues and Practice*, 14(4), 5-8.
- Mikulic, I. M. (2007) *Construcción y Adaptación de Pruebas Psicológicas*. Buenos Aires, Argentina: Depto de Publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Ministerio de Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud mental Colombia*. Recuperado de:
http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Ministerio de Salud. (2015). *Estudio Nacional de Salud Mental (Tomo I)*. Recuperado de:
http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar UAH/AEN, (1)*. Recuperado de:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf

- Mitchell, J.T. (1986) Assessing and managing the psychologic impact of terrorism, civil disorder, disasters, and mass casualties. *Emergency care quarterly*, 2(1), 51 - 58.
- Molero, C., Saiz, E., & Esteban, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1), 11-30. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80530101.pdf>
- Mora, J., & Martín, M. (2007). La Escala de la Ingeligencia de Binet y Simon (1905) su recepción por la Psicología posterior. *Revista de historia de la psicología*, 28(2-3), 307-313.
- Muñiz, J. (Ed.) (1996). *Psicometría*. Madrid, España: Universitas.
- Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10(1), 1-21.
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los tests: Teoría clásica de los tests y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 57-66.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A.B. y Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid, España: Pirámide.
- Murphy, K. R., y Davidshofer, C.O. (1994). *Psychological testing: Principles and applications* (3ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York, United of America: Wiley.

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10.*

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España:

Editorial Médica Panamericana. S.A.

Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales*

(Intervenciones efectivas y opciones de políticas). Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf

Organización Mundial de la Salud (2007). *Estadísticas Sanitarias Mundiales.* Parte 1: Diez

cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial. Recuperado de:

http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de*

que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Recuperado de:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_10-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2012). *La Depresión es una enfermedad*

frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. Recuperado de:

http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.*

Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (Agosto de 2014). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.*

Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014) *Atlas de salud mental 2014*. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/executive_summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (Octubre de 2015). *La depresión*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud (Abril de 2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

Organización Mundial de la Salud (Abril de 2016). *La depresión*.

Recuperado:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>

Orozco, M. (2010). *Confiabilidad y validez predictiva de la prueba de evaluación de inteligencias múltiples de las estudiantes de los grados séptimo y noveno del colegio Eugenia Ravasco de Manizales* (Tesis de posgrado). Universidad de Manizales-CINDE, Manizales, Colombia.

Osterlind, S. (1989). *Constructing Test Items*. Londres, UK: Kluwer Academic Publishers.

Peñate, W. B. S. (2014). Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 30(1), 143-149.

Rehm, L. P. (1976). Assessment of depression. En M. Hersen y A. S. Bellack (Eds). *Behavior Assessment: A practical handbook*. Oxford: England, Pergamon.

Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787-804.

- Rey, W.B. M., & B. F. (1973). Integration of structural and developmental concepts in the theory on fluid and crystallized intelligence.
- Rubio, D., Berg-Weger, M., Tebb, S., Lee, E., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104.
- Sánchez, R., Navarro, Á., Rueda-Jaimes, G., & Gómez-Restrepo, C. (2011). Desarrollo y validación de la versión II de la escala EMUN. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 647-659.
- Sánchez-Pedraza, R., & Rosero-Villota, N. E. (2003). Revisión crítica de escalas de medición de manía. *Avances en Medición*, 1(1), 37-70.
- Sánchez, R., Jaramillo, L. E., & Gómez, C. (2008). Desarrollo y validación de una escala para medir síntomas maníacos: Escala para Manía de la Universidad Nacional de Colombia (EMUN). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 516-537.
- Santos, J. (2014). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Colombia). Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/ArticuladoVF.pdf>
- Sanz, J., Izquierdo, A., & García-Vera, M. (2013). Una Revisión desde la Perspectiva de la Validez de Contenido de los Cuestionarios, Escalas e Inventarios Autoaplicados más utilizados en España para evaluar la depresión clínica en adultos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, 139-175.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, United State of America: Freeman.

- Silberman-Pach, R., & Aguado-Molina, H. (2005). Procesos Cognitivos y Depresión Infantil: Algunos lineamientos para los padres. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6(1), 67-82.
- Steer, R. A., Rissmiller, D. J., & Beck, A.T. (2000) Use of the Beck Depression Inventory with depressed geriatric patients. *Behaviour Research and Therapy*, 38(3), 311-318.
- Timarán, C., Moreno, M., & Luna, E. (2011). Construcción y validación de un cuestionario para identificación de factores asociados al desempeño escolar (FADE). *Acta Colombiana de Psicología*, 14(2), 57-67.
- Vázquez, F., Muñoz, R., & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- World Federation for Mental Health. (2012). *Depression: A global crisis*. Recuperado de: http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_english.pdf
- World Federation for Mental Health. (2015). *Dignity in mental Health*. Recuperado de: http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/WMHD_report_2015_vertical_v7.pdf
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.



Anexo 1. Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE LA COSTA, CUC FACULTAD DE PSICOLOGÍA PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado

Nombre de Investigadoras principales: Daniella Abello Luque, Paola García Roncallo y Eileen García Montaña.

Nombre de los estudiantes semilleros: Nataly De Avila, Laura Márquez, Janivys Niebles y Diana Pérez.

Título del proyecto: Diseño y validación de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) en sus versiones EMTA-II y EMTA-A1

Señor(a) _____
Identificado con Cedula de ciudadanía
No. _____ de _____ le
estamos invitando a participar en un estudio de investigación
desarrollado por el Grupo de Investigación Cultura, Educación y
Sociedad de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Costa,
CUC.

Antes de tomar la decisión nosotros queremos que usted conozca que:

Usted puede hacer las preguntas que considere necesarias antes de firmar. Los investigadores están en la obligación de responderlas y de aclarar cualquier inquietud. Adicionalmente, puede encontrar palabras o términos con los cuales usted no está familiarizado o que sean de difícil comprensión, por lo que también puede solicitar que le sean explicados.

Una vez haya leído y comprendido los aspectos relacionados con el proyecto de investigación, y si usted decide participar, se

Anexos

le pedirá que firme dos copias del presente formato. El investigador tomará uno y le hará entrega del otro.

Su participación en el estudio está protegida por la legislación internacional, nacional e institucional en la que se protege la dignidad, autonomía y derechos, procurando el bienestar de los participantes en proyectos de investigación. Para garantizar esto, se elabora el presente formato de Consentimiento Informado.

Propósito del estudio: Este estudio se orienta a la construcción y validación de un instrumento de evaluación y medición de trastornos afectivos como son la bipolaridad y depresión, identificados entre los padecimientos que más aquejan la salud mental de los colombianos. Este instrumento pretende a futuro, ser empleado entre los profesionales de la salud mental para la realización de procesos de evaluación y diagnóstico de una manera más eficiente y oportuna.

Procedimientos: Esta investigación es un estudio *Instrumental* denominación que corresponde tanto al diseño o adaptación de pruebas, instrumentos y aparatos. En este caso particular se pretende la validación de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA-II). Para lo cual usted participará de una entrevista, en el que se efectuaran diferentes preguntas con su malestar de forma que se recopile información valiosa para la construcción de la escala antes mencionada. La sesión podrán ser grabadas para posteriormente procesar la información con fines investigativos manteniendo la total reserva de sus datos personales, para lo que se codificara su nombre al realizar la transcripción.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales), entregados a la Universidad de la Costa como requisito de producción final de la investigación y socializados a usted como participante del proceso (en caso que ustedes lo requieran).

Retribución y beneficios por la participación: Es nuestro deber informarle que usted no recibirá dinero por participar en este

estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia, en especial en el marco de la salud mental.

Riesgos e Incomodidades: No se conoce o espera que corra algún riesgo por participar en este estudio. De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación esta categorizada como INVESTIGACIÓN CON RIESGOS MÍNIMOS debido a que NO se desarrollará ningún procedimiento invasivo.

Confidencialidad: Cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación será manejada en forma confidencial. En ninguna publicación en la que se usen los resultados de los instrumentos diligenciados por usted se mencionará su nombre a menos que lo consienta y autorice por escrito.

Participación voluntaria: La participación en este estudio es voluntaria. Usted tiene la libertad de retirar su consentimiento de participación en esta investigación en cualquier momento. Durante la fase de evaluación puede decidir libremente no responder aquellas preguntas que no desee contestar.

Información: Para obtener mayor información acerca de esta investigación puede comunicarse con Mg. Daniella Abello Luque al correo electrónico: dabello1@cuc.edu.co. La atención telefónica de consultas será de lunes a viernes en horario de 04-06 pm, en el teléfono 3362207.

IMPORTANTE: Este documento jamás será asociado con sus resultados y se guardará en una carpeta independiente, junto con el consentimiento de los otros participantes.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la Mg. Daniella Abello Luque en la ciudad de _____ el día _____ del mes _____ del año _____

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: _____ Firma: _____ CC.No: _____
de _____

Nombre, firma y documento de identidad de las investigadoras:

- Nombre: *Daniella Abello Luque* Firma: Daniella a
Cédula de ciudadanía: 22.735.292 de Barranquilla, Atlántico
- Nombre: *Paola García Roncallo* Firma: Paola García Roncallo
Cédula de ciudadanía: 1.140.841.407 de Barranquilla, Atlántico
- Nombre: *Eileen García Montaña* Firma: Eileen G.
Cédula de ciudadanía: 55.313.426 de Barranquilla, Atlántico

Anexo 2. Definición semántica y operativa de la variable

DEFINICIÓN SEMÁNTICA Y OPERATIVA DE LA VARIABLE.							
EVALUACIÓN DIMENSIONAL					EVALUACIÓN CATEGORIAL		
Constructo	Componentes	Sub Componentes	Indicadores		Tipología	Categoría Diagnostica	Duración
			Presencia sintomatológica	Intensidad y Cronicidad			
Trastornos Afectivos <i>“Grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves que van del júbilo a una depresión severa” (Durand y Barlow, 2007)</i>	Depresión	Episodio de depresión mayor	(a) Pensamientos o ideas de muerte	Durante 2 semanas consecutivas La sintomatología identificada provoca un malestar clínicamente significativo y/o tenga un impacto considerable en las esferas social, familiar o académico-laboral del individuo	<i>Episodios Afectivos (APA, 2003)</i>	Episodio Depresivo Mayor	2 semanas
			(b) Decremento Significativo de la capacidad de pensar y concentrarse			Episodio Maníaco	Al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización)
			(c) Alteración de la actividad psicomotora percibida por otras personas.			Episodio Mixto	Casi cada día durante al menos un período de una semana
			(d) Tristeza profunda			Episodio Hipomaniaco	Al menos durante 4 días
			(e) Sentimientos de culpa		<i>Trastornos Depresivos</i> “Constituye episodios de ánimo predominantement e triste (APA, 2014) producto de la percepción negativa que tiene el individuo de sí	1) Trastorno Depresivo Mayor	Un único episodio de depresión mayor
			(f) Sentimientos de inutilidad)			2) Trastorno Depresivo Mayor Recidivante	Por lo menos un intervalo de 2 meses seguidos
			(g) Alteración Psicomotora,			3) Trastorno Distímico	La mayor parte del día de la mayoría de los días durante 2 años
			(h) Alteración del patrón del sueño				
			(i) Alteración del peso				
			(j) Alteración del Apetito				

Manía			(k) Pérdida persistente de energía (fatiga)		mismo, del mundo y el futuro (Beck, 1974)”		
	Episodio Maníaco		(a) Pensamiento acelerado y desorganiza	Durante al menos 1 semana***** La excitación del estado del ánimo contribuye al deterioro significativo en el desenvolvimiento social y laboral, puede requerir de hospitalización	Trastornos Bipolares “Trastornos Bipolares: Referidos a trastorno afectivo el cual se caracteriza por la presencia de episodios maniacos e hipomaniacos; en donde también son característicos cuadros de depresión. La gravedad y duración de los estados de euforia y depresión, determinarán la naturaleza del cuadro bipolar específico.” (Morrison, 2008).	Trastorno Bipolar I (Episodio único Maníaco)	Un único episodio maníaco
			(b) pensamiento tangencial y excesivamente inclusivo			Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente Hipomaníaco)	-
			(c) fuga de ideas			Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente Maníaco)	-
			(d) distraibilidad			Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente depresivo)	-
			(e) Aceleración de los movimientos y lenguaje	Durante al menos 4 días El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar Hospitalización.		Trastorno Bipolar I (Episodio más reciente no especificado)	-
			(f) abuso de sustancias.			Trastorno Bipolar II	-
			(g) Elevado, Expansivo e Irritable			Trastorno Ciclotímico	Al menos durante 2 años
			(h) Autoestima excesiva				
	Episodio Hipomaniaco	(i) Alteración del patrón del sueño: disminución de la necesidad de dormir.					
(j) Aumento de la energía sexual.							
					Otros trastornos (Aplica para ambos trastornos)	T.A. debido a enfermedad médica	-
						T.A. inducido por sustancias	-

Anexo 3. Evaluación de los ítems de la “Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS (EMTA-II)	
DATOS EXPERTO	
Nombre del juez:	
Edad:	
Sexo:	
Nivel de formación:	
Experticia:	
Nacionalidad:	
¿Tiene usted algún vínculo contractual con los proyectos EMTA, EMTA II o EMTA A1?	
INSTRUCCIONES	
<p>"En base a la tabla de especificaciones (criterio, dimensiones e indicadores) por favor evalúe de 1 a 5 la coherencia, claridad y relevancia de cada ítem construido, y la suficiencia de los ítems correspondientes a cada componente de la EMTA II, siendo (1) el valor mínimo y (5) la calificación máxima posible para cada aspecto de la lista plegable, en el entendimiento de las siguientes definiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Coherencia: Valoración del nivel de relación lógica entre el ítem y la dimensión o indicador que se está midiendo. * Claridad: Facilidad para comprender el ítem, en la medida de que su sintáctica y semántica sean adecuadas, resultando poco ambiguo. * Precisión: juicio sobre la posibilidad de que el ítem pueda interpretarse de varias formas. * Relevancia: Grado en el que el ítem resulta esencial o importante para la medida del indicador. * Suficiencia: Nivel en que los ítems correspondiente a cada índice bastan para obtener la medida de éstas. <p>Nota 1: Para su comodidad cada casilla de evaluación despliega las opciones de respuesta correspondiente ajustada a los criterios antes descritos.</p> <p>Ejemplo: Si usted considera que el ítem 3 emplea una palabra que solo podría entenderse de una manera, usted elegirá en la lista plegable de la columna ""Claridad"" la opción (5). Si además considera que el ítem resulta poco esencial para la medida del indicador ""pensamientos de desesperanza"" y podría ser más provechoso en el indicador ""visión negativa generalizada"", usted elegirá en la lista plegable de la columna ""Relevancia"" la opción (1) y anotará en la columna de observaciones.</p> <p>Nota 2: Si estima oportuno realizar alguna observación o sugerencia respecto a componente, criterio, dimensión, indicador o la estructura de los ítems presentados no dude en indicarlo en la columna de observaciones.</p> <p>Nota 3: Al final de cada bloque encontrará una pregunta abierta que le permite disponer aquellos elementos que considera que faltan en cada componente."</p>	

1. Componentes de Depresión.

Componentes generales.						
Variable de medida.	Dimensiones.	Componentes.	Sección del instrumento de medida de medida.	Condición de la medida (Enunciado).	Escalas de medida.	Observaciones generales de los jueces.
Trastornos afectivos: Grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves que pueden fluctuar entre el júbilo excesivo y la depresión severa.	Trastornos depresivos: Constituye episodios de ánimo predominantemente triste, producto de la percepción negativa que tiene el individuo de sí mismo, del mundo y el futuro.	Componente 1. Depresión.	EMTAII: Subescala de Depresión.	"A continuación se muestra una lista de afirmaciones que manifiestan experiencias emocionales, afectivas, fisiológicas, conductuales y cognitivas asociadas a la Depresión/Manía o Hipomanía por favor indique la frecuencia con cual se ha visto afectado por cada una, en los últimos 2 meses".	Medida individual: Cada ítem medirá con una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca,(2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre. Medida global: Se dispondrá de medidas intervalares con 5 niveles: Inferior, Bajo, Medio, Alto y Superior; para cada subescala, criterios y componentes (discriminándose la manía y la hipomanía) - medida funcional.	
	Trastornos Bipolares: Se caracteriza por la presencia de episodios maníacos e hipomaniacos; en donde también son característicos cuadros de depresión. La gravedad y duración de los estados de euforia y depresión, determinarán la naturaleza del cuadro bipolar específico.	Componente 1. Depresión (Criterios específicos) Componente 2. Manía/Hipomanía"	EMTA II: Subescala de Depresión (items específicos) Subescala de Manía/Hipomanía "			

Criterio	Índice	Indicador	Ítem	Coherencia.	Claridad.	Precisión.	Relevancia.	Suficiencia	Observaciones.
1.1 Depresión sistema cognitivo.									
Estilos atribucionales desadaptativos (Abramson et al, 1997)	"Percepción de que los factores estables (probabilidad de persistir en el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) son los responsables de los sucesos negativos actuales (Abramson et al, 1997)"	Visión negativa generalizada a todos los ámbitos de la vida.	1	He pensado que todo en mi vida está mal.					
			2	He pensado que las cosas están mal en todos los aspectos de mi vida.					
		Percepción de invariabilidad de los sucesos negativos	3	He pensado que nada en mi vida va a cambiar.					
			4	He pensado que la mayoría de la gente está mejor que yo.					
			5	He pensado que mis problemas nunca acabaran.					
	Inferencia asociada a que los sucesos negativos actuales conducen a sucesos negativos futuros (Abramson et al, 1997)	Percepción de la reiteración de los sucesos negativos	6	He pensado que mis experiencias negativas irremediablemente se repetirán					
			7	He pensado que lo malo que me sucede tarde o temprano se repetirá					
		Percepción de que las situaciones negativas actuales generaran otras situaciones negativas	8	He pensado que las cosas malas que me pasan afectaran mi futuro					
			9	He pensado que lo malo que me pasa tendrán consecuencias negativas en mi vida					
	Tendencia a la inferencia de características negativas sobre sí mismo(a) cuando ocurren sucesos negativos (Abramson et al, 1997)	Pensamientos de culpa	10	He pensado que todo lo malo que pasa es mi culpa.					
			11	He pensado que soy responsable de todo lo malo que me pasa.					
			12	He pensado que todo lo malo que me sucede es un castigo.					
			13	He pensado que soy responsable las cosas malas que le pasan a otros.					

Disfunciones cognitivas - Triada de Beck (1983)	"Visión negativa del yo: creer que es defectuoso, deficiente, y sin valor (Beck et al, 1983)"	Pensamientos de defectuosidad: Autoestima (Bandura, 1982)	14	He pensado que no soy una persona valiosa.						
			15	He pensado que no soy una persona digna de aprecio.						
		Pensamientos de defectuosidad: Autoconcepto (Bandura, 1982)	16	He pensado que no tengo muchas cualidades.						
			17	He pensado que los demás tienen un mal concepto de mí.						
			18	He considerado que tengo muchos defectos.						
		Defectuosidad: Autoimagen (Bandura, 1982)	19	Cuando me veo en el espejo, me desagrada lo que veo.						
			20	He pensado que no soy atractivo(a).						
		Desamor	21	He pensado que nadie me quiere.						
			22	He pensado que los otros no me valoran.						
			23	He pensado que las personas no son sinceras cuando me expresan afecto.						
			24	He pensado que no merezco que los demás me quieran.						
		Abandono	25	He pensado que los demás me rechazan.						
			26	He pensado que no encajo en ningún grupo.						
			27	He pensado que las personas podrían abandonarme en cualquier momento.						
	"Visión negativa del mundo: insatisfacción con su situación actual de vida y la creencia que el mundo	Pensamientos de insatisfacción con su situación actual de vida	28	He pensado que la mayoría de la gente está mejor que yo.						

	está haciendo demandas irrazonables sobre ellos. (Beck et al, 1983)"	La creencia que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre mí.	29	He pensado que nada en mi vida ha salido como lo imaginé.						
			30	He pensado que no puedo ir al ritmo que me demanda la vida.						
			31	He pensado que los demás me exigen demasiado.						
	"Visión negativa del futuro: pesimismo acerca de su capacidad para lograr los resultados deseados. (Beck et al, 1983)"	Pensamientos de defectuosidad: Autoeficacia (Bandura, 1982)	32	He pensado que por más que intente, no podré cambiar las cosas malas de mi vida.						
			33	He pensado que no puedo hacer nada bien.						
			34	He pensado que no soy útil.						
			35	He pensado que todo lo que me propongo sale mal.						
Dificultad en las funciones cognitivas.	Déficits atencionales	Dificultad para mantener la atención	36	Me ha costado concentrarme.						
			37	Me ha resultado difícil hacer las cosas que solía hacer antes.						
			38	Me distraigo fácilmente.						
		Aumento de la atención selectiva con contenido depresivo	39	Se me dificulta dejar de pensar en las cosas negativas.						
			40	Me concentro en los aspectos negativos de las situaciones.						
			41	Me ha costado dejar de pensar en mis problemas.						
	Dificultades para planificar y monitorear	Dificultad o imposibilidad para planificar metas futuras.	42	Se me ha dificultado cumplir con las metas que me propongo.						
			43	Me ha costado planear mi futuro.						
			44	Me ha costado definir mis metas personales.						

		Dificultad para la planificación y monitoreo de tareas.	45	Me ha costado cumplir con mis responsabilidades.						
			46	Me ha costado finalizar las actividades o tareas de la vida diaria, por más sencillas que sean.						
	Dificultad en la toma de decisiones		47	Me ha costado tomar decisiones.						
			48	He tenido dificultades para elegir entre varias alternativas.						
Dificultades en la fluidez ideatoria (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015)	Enlentecimiento del pensamiento	49	Pienso más lento de lo habitual.							
		50	Se me ha dificultado responder preguntas o comentarios oportunamente.							
	Decremento de la generación de nuevas ideas	51	He notado que ya no tengo tantas ideas como antes.							
		52	No se me han ocurrido nuevas ideas.							
Déficits en la memoria de trabajo (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015)	Lentitud en la adquisición de información nueva	53	He notado que me demoro más en poder aprender cosas nuevas.							
		54	Me ha costado trabajo aprender cosas nuevas.							
	Olvidos recurrentes.	55	He olvidado fácilmente las cosas que debía hacer.							
		56	Se me han olvidado detalles de las actividades o compromisos del día a día.							
	Dificultad para la recuperación de los recuerdos.	57	Me ha costado recordar ciertas cosas.							
		58	Me ha costado recordar datos o sucesos de mi vida diaria.							
Decremento de la flexibilidad cognitiva (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015; Trivedi y Greer, 2014)	Adaptar el repertorio de respuesta a nuevas situaciones o estímulos.	59	Me ha costado encontrar alternativas de solución a los problemas.							
		60	Se me dificulta responder ante nuevas situaciones.							

			61	Si algo que daba por sentado no se da o sale mal, se me ha dificultado encontrar una solución.							
		Dificultad en la capacidad para adaptar o inhibir las conductas inadecuadas.	62	Me ha costado mucho hacer valer mi opinión frente a otros sin ser agresivo.							
			63	Me ha costado mucho hacer valer mi opinión frente a otros sin ser agresivo.							
			64	Me ha costado mucho hacer valer mi opinión frente a otros sin ser agresivo.							
Cogniciones suicidas.	Ideación suicida.	Pensamientos de muerte.	65	He pensado en la muerte.							
			66	He pensado que si yo no existiera se acabarían mis problemas.							
		Ideación suicida.	67	He pensado en quitarme la vida.							
			68	He considerado la posibilidad de acabar con mi vida.							
	Imágenes de suicidio	69	Me he imaginado acabando con mi vida.								
		70	Han llegado a mi mente imágenes en las que me veo haciendo daño.								
	Planificación suicida	71	He planeado acabar con mi vida.								
		72	He pensado en cuál sería la forma en la que me quitaría la vida.								
1.2. Depresión: Sistema Conductual											
Manifestacione s de tristeza.	Llanto.		73	He llorado mucho.							
			74	Lloro con facilidad.							
Inhibición o decremento de	Dificultades en la fluidez verbal (Gastó, Guarcha y	Lentitud en fluidez verbal (dorso lateral).	75	He hablado menos de lo habitual.							

la actividad psicomotora.	Navarro, 2015).		76	He iniciado frases que no termino de expresar o demoro para concluir las.						
		Parquedad en la expresión (cinglada anterior).	77	Me he expresado con menos palabras de lo habitual.						
			78	He contestado con monosílabos y/o frases más cortas de lo habitual.						
	Enlentecimiento de la actividad psicomotora.		79	He postergado la realización de mis actividades cotidianas.						
			80	He dejado mis compromisos laborales y/o académicos para último momento.						
			81	He realizado mis actividades cotidianas con mayor lentitud de lo habitual.						
			82	Ha habido periodos en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo.						
	Decremento de la actividad sexual.		83	Mi actividad sexual ha disminuido.						
84			He notado que tengo menos iniciativa sexual.							
Conductas Suicidas.	Conductas parasuicidas.		85	Me he hecho cortes en la piel con intención de dañarme.						
			86	Me he golpeado con la intención de producirme dolor.						
			87	Me he quemado con la intención de causarme dolor.						
	Intentos de suicidios.		88	Me he herido físicamente con la intención de acabar con mi vida.						
			89	He intentado acabar con mi vida.						
		1.3. Depresión: Sistema afectivo/ emocional.								
Tristeza profunda.		90	Me he sentido muy triste.							

	91	He sentido muchas ganas de llorar.						
	92	Me ha sido difícil sonreír.						
Irritabilidad.	93	Me he sentido muy irritable.						
	94	He sentido que todo me fastidia.						
	95	Me he enfadado con facilidad.						
Sentimientos de culpa.	96	Me he sentido culpable de lo malo que me sucede.						
	97	Me he sentido culpable de lo malo que le sucede a los demás.						
Sentimiento de inutilidad	98	He sentido inútil.						
	99	He sentido que no soy bueno en nada.						
Sentimientos de fracaso y frustración	100	Me he sentido fracasado(a).						
	101	Me he sentido frustrado(a).						
Defectuosidad: Baja autoestima (Bandura, 1982)	102	Me he sentido una persona poco valiosa.						
	103	Me he sentido con baja autoestima.						
Sentimiento de insatisfacción con la vida.	104	No me he sentido satisfecho con mi vida.						
Sentimiento de vacío	105	Me he sentido vacío (a).						
	106	He experimentado sentimientos de vacío.						
Sentimientos de desesperanza	107	Me he sentido sin esperanzas.						
	108	He sentido que todo en mi vida está perdido.						
Sentimientos de soledad	109	Me he sentido solo (a).						
	110	Me he sentido solo (a) a pesar de estar con otra (s) persona (s).						
	111	He sentido que no cuento con nadie.						

Dificultad para sentir placer			112	He sentido que no puedo disfrutar nada.						
			113	Las cosas que antes me gustaban ya no me importan.						
Decremento interés en el contacto social			114	He notado que he perdido interés por relacionarme con los demás.						
			115	He preferido estar solo.						
1.4. Depresión: Sistema motivacional/ Somático										
Alteraciones relativas a:	Sueño		116	He tenido problemas para conciliar el sueño.						
			117	Me he despertado mucho durante la noche y me cuesta volver a dormir.						
			118	He dormido más de lo normal sin razón aparente.						
	Libido	Disminución de deseo sexual	119	He notado una disminución de mi deseo sexual.						
			120	He tenido menos interés por el sexo.						
	Peso		121	He notado un cambio significativo de mi peso.						
			122	He bajado o subido de peso, sin motivo aparente.						
	Apetito		123	He notado un cambio significativo de mi apetito.						
			124	Soy más selectivo (a) con los alimentos						
Pérdida relativas a:	Energía (Fatiga)		125	Al levantarme me he sentido muy cansado(a).						
			126	Me he sentido cansado(a) sin razón aparente.						
			127	Me he sentido sin energías para realizar mis tareas habituales.						
	Interés en las actividades	Actividades de ocio	128	Las cosas que me gustaban ya no interesan.						
			129	Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa,						

				que salir.						
		Actividades cotidiana	130	Mi interés por las actividades cotidianas ha disminuido.						
			131	Me he sentido desmotivado para realizar mis actividades cotidianas						
		Actividades académico/laborales	132	He notado una disminución de mi interés por mis actividades académicas.						
			133	He notado una disminución de mi interés por mis actividades laborales.						
	Interés por los demás.		134	No me interesa ver ni hablar con los demás.						
Dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales.			135	El desempeño en mi trabajo y/o estudio ha disminuido.						
			136	He tenido dificultades en las relaciones con mis amigos.						
			137	He tenido dificultades en las relaciones con mis familiares.						
1.5. Depresión: Impacto.										
Intensidad del sentimiento de tristeza			138	Mi estado de ánimo depresivo y triste me afecta.						
Intensidad de la anhedonia			139	Mi falta de interés en la mayoría de las actividades persiste durante.						
Intensidad del malestar depresivo general al día			140	Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que lo afectaban casi siempre o siempre por favor indique al día con que intensidad lo afecta.						
Intensidad del malestar depresivo general			141	Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista						

			anterior que lo afecta casi siempre o siempre por favor indique por cuánto tiempo lo ha afectado.						
Temor	Al malestar	142	He metido por mi malestar actual.						
		143	He temido cuando aparece mi malestar porque sé que anticipa mi crisis.						
	Al futuro	144	Me siento temeroso (a) por lo que pueda pasar con mi vida.						
		145	He temido quedarme solo.						
	Al rechazo	146	He sentido miedo a ser rechazado por los demás.						
Decremento del desempeño académico/laboral		147	Mi desempeño en los estudios ha disminuido.						

2. Componentes de manía – Hipomanía.

Criterio	Índice	Indicador	Ítem	Coherencia.	Claridad.	Precisión.	Relevancia.	Suficiencia.	Observaciones.
2.1 Manía /Hipomanía: Sistema cognitivo.									
Dificultad en las funciones cognitivas.	Alteraciones del pensamiento: Aceleración y fuga de ideas.	Pensamiento acelerado	1	He sentido que mi pensamiento está muy acelerado.					
			2	He percibido que mis pensamientos van muy rápido y no alcanzo a expresarlos.					
			3	He percibido que mis pensamientos son más rápidos de lo que puedo comprender.					
		Pensamiento desorganizado.	4	Me ha costado organizar las ideas que deseo expresar.					
			5	Por más que lo intento no logro controlar mis pensamientos.					
		Pensamiento tangencial	6	He hecho cambios bruscos de temas en mis conversaciones.					

			7	Cuando me expreso tengo dificultades en mantener la misma idea.					
		Pensamiento excesivamente inclusivo	8	Me encuentro pensando en muchas cosas.					
			9	He percibido que muchos pensamientos me invaden al tiempo.					
	Déficits atencionales.	"Distraibilidad: Baja Inhibición de estímulos * Autopercepción * Percepción de otros"	10	Me he distraído fácilmente.					
			11	Me ha costado atender una actividad específica por mucho tiempo.					
		Seguimiento de instrucciones: por completo	12	Cuando recibo instrucciones solo recuerdo una parte.					
			13	Se me dificulta seguir varias instrucciones al tiempo.					
	Grandeza.	Alto auto-concepto	14	Considero que soy la mejor persona.					
			15	Me he considerado una persona grandiosa					
		Alta autoeficacia	16	He sentido que soy muy bueno(a) en todo lo que hago.					
			17	He pensado que puedo hacer las cosas mejor que los demás.					
			18	He considerado que soy el mejor en lo que hago.					
		Alta autoimagen	19	He considerado que soy muy atractivo(a).					
			20	He considerado que soy una persona irresistible.					
		Delirios de grandeza: por encima de otros	21	He sentido que soy mucho mejor que los demás.					
			22	He pensado que los demás no son capaces de ser como yo.					
	Baja autocrítica.		23	Me ha costado reconocer mis errores.					

				comunicarme con los demás.					
			43	He hecho comentarios sin importarme que otras personas los entiendan.					
Conducta verbal errática	Juego de palabras	44	Cuando me expreso trato de utilizar palabras sofisticadas.						
		45	Incluyo en mis conversaciones juegos de palabras e impertinencias.						
	Poca consideración del impacto de sus palabras	46	Mis palabras pueden ser agresivas sin intención.						
		47	Digo lo que pienso sin importar las consecuencias.						
	Inclusión de Irrelevancias (Impertinencias) y chistes	48	Cuando hablo trato de ser gracioso.						
		49	Suelo ser impertinente.						
	Quejas excesivas	50	Me he quejado mucho.						
		51	Me he quejado por todo.						
	Comentarios hostiles	52	He hecho comentarios hostiles.						
		53	He hecho comentarios agresivos.						
Aumento de la eficiencia en las actividades cotidianas		54	He notado que realizo las actividades con mayor rapidez.						
		55	He notado que soy más ágil realizando mis actividades cotidianas.						
Excesiva implicación en actividades	"Aumento de la actividad intencionada: *Ocupacional: Tareas y proyectos * Sexual: Mayor conducta sexual * Religioso * Actividades deportivas * Laborales"	56	He notado un aumento en mi actividad sexual.						
		57	He necesitado estar ocupado.						
		58	Me he involucrado excesivamente en actividades deportivas.						
		59	Me he involucrado excesivamente en actividades adicionales en el trabajo.						

			60	Me involucro en muchas actividades religiosas.					
		Actividad con objetivo, infructífera.	61	No logro concluir adecuadamente las tareas/proyectos que me he propuesto.					
			62	He iniciado actividades que me son relevantes, pero no las termino.					
		Aumento de la actividad sin objetivo.	63	Inicio actividades sin finalidad específica.					
			64	Cambio de tareas/actividades rápidamente.					
		Actividades de riesgo: *Consumo de drogas *Conducta temeraria *Gastos excesivos *Promiscuidad sexual: sin planificación y sin medir riesgo.	65	He comprado muchas cosas que realmente no necesito.					
			66	Gasto dinero en cosas innecesarias.					
			67	He tenido encuentros sexuales casuales.					
			68	He hecho cosas que me ponen en riesgo.					
			69	He consumido sustancias psicoactivas en exceso.					
			70	Suelo consumir bebidas embriagantes en exceso.					
	Aumento de la sociabilidad	71	He hecho muchos amigos(as).						
		72	Me he acercado a personas que no conozco para hablarles.						
	Aumento de la activación psicomotora	Aceleración de movimientos	73	He realizado mis actividades cotidianas de forma acelerada.					
			74	He caminado de forma acelerada.					
		Inquietud motoras	75	Ha habido periodos en el que suelo permanecer muy inquieto.					
			76	Me ha costado mantenerme quieto realizando una					

			actividad.					
Excesiva expresión facial	Manerismos	77	Muevo excesivamente mis manos u otra parte de mi cuerpo cuando hablo.					
		78	Muevo excesivamente partes del cuerpo cuando realizo mis actividades.					
	Gestos excesivos	79	Hago muchos gestos mientras hablo.					
		80	He hecho gestos mientras escucho a otras personas.					
Conductas suicidas	Impulsividad (Hipomania)	81	He sido impulsivo.					
		82	He tenido reacciones impulsivas.					
	Intentos suicidas	83	Me he herido físicamente con la intención de acabar con mi vida.					
		84	He intentado acabar con mi vida.					
2.3 Manía/ hipomanía: Sistema afectivo/Emocional								
Ánimo anormal	Elevado	85	Me he sentido excesivamente alegre, sin razón aparente.					
		86	Me he sentido muy eufórico.					
	Expansivo	87	He sido una persona muy entusiasta en mis relaciones sociales.					
		88	He sido muy entusiasta en mi contacto con desconocidos.					
	Irritable	89	Me he sentido muy irritable.					
		90	Me he irritado mucho por cosas que antes toleraba.					
Labilidad emocional	Cambios bruscos entre euforia, disforia e	91	Mis emociones varían sin motivo aparente.					

	irritabilidad	92	Sin darme cuenta paso de sentirme alegre a sentirme molesto con mucha rapidez.					
Autoestima elevada.		93	He sentido un aumento significativo en mi autoestima.					
		94	He sentido que soy una persona muy valiosa.					
Alteración en las relaciones interpersonales	Entusiasmo excesivo en las relaciones interpersonales	95	Me he emocionado excesivamente cuando conozco personas nuevas.					
		96	Me he entusiasmado por conocer muchas personas.					
	Contacto indiscriminado	97	Me he emocionado excesivamente al compartir con familiares y/o amigos.					
		98	Me he relacionado con muchas personas desconocidas.					
	Contacto inestable	99	Mis relaciones con otras personas han sido inestables.					
		100	Mis relaciones sociales no suelen durar mucho.					
Ataques de ira: Baja tolerancia a la frustración	Interrupción	101	Me molesta ser interrumpido cuando realizo una actividad.					
		102	He tenido reacciones agresivas cuando otros me interrumpen.					
	Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.	103	He reaccionado con ira frente a situaciones que antes toleraba.					
		104	He sido agresivo(a) con personas que antes toleraba.					
	Me cuesta tolerar el fracaso.	105	No he tolerado el fracaso.					
		106	Me molesta excesivamente fracasar.					

2.4 Manía / Hipomanía: Sistema Somático/ Motivacional.

Alteraciones del sueño	Alteración del patrón del sueño: disminución de la necesidad de dormir.	107	He dormido muy poco, sin motivo aparente.					
		108	Me ha costado conciliar el sueño.					
	Dormir poco	109	He sentido poco sueño en las noches.					
		110	He sentido poco necesidad de dormir.					
	Despertar antes de lo habitual con sensación de descanso	111	Aunque duermo poco me levanto descansado.					
		112	Requiero poco tiempo de sueño para sentirme descansado.					
	2 días sin dormir sin sentir cansancio	113	He permanecido despierto(a) por días sin sentir cansancio.					
		114	He estado despierto por muchas horas, sin sentir cansancio.					
Alteración de la ingesta		115	He notado una disminución significativa en mi ingesta de alimentos.					
		116	He notado una disminución significativa en mi ingesta de alimentos.					
Alteración del peso		117	He bajado o subido de peso, sin razón aparente.					
		118	Ha habido cambios significativos en mi peso.					
Aumento del impulso sexual (Apetito)		119	He sentido un aumento en mi apetito sexual.					
		120	He sentido más ganas de tener relaciones sexuales con desconocidos.					
2.5 Manía/ Hipomanía: Impacto								
Disminución del desempeño		121	Siento que mi desempeño laboral y/o académico ha					

Anexo 4. Componentes generales de la Depresión y la Manía

Componentes generales.		
Componente	Pertinencia	Observaciones
Variable. Trastornos afectivos: Grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves que van del júbilo a una depresión severa.		
"Componente 1. Trastornos depresivos: Constituye episodios de ánimo predominantemente triste , producto de la percepción negativa que tiene el individuo de sí mismo, del mundo y el futuro"		
"Componente 2. Trastornos Bipolares: Referidos a trastorno afectivo el cual se caracteriza por la presencia de episodios maniacos e hipomaniacos; en donde también son característicos cuadros de depresión. La gravedad y duración de los estados de euforia y depresión, determinarán la naturaleza del cuadro bipolar específico"		

1. Componentes de Depresión.

Criterio	Índice	Indicador	M1: Jueces clínicos	M2: Jueces profesionales	Ev. Pertinencia dimensiones
1.1 Depresión sistema cognitivo.					
Estilos atribucionales desadaptativos (Abramson et al, 1997)	"Percepción de que los factores estables (probabilidad de persistir en el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) son los responsables de los sucesos negativos actuales (Abramson et al, 1997)"	Visión negativa generalizada a todos los ámbitos de la vida.	"Siento que me invaden pensamientos que me atormentan, pensamientos de vacío, pensamientos que me dicen que estoy mal" (JC-H5)	"El todo es una manera muy generalizada de hacer la pregunta, se debe hacer de forma más específica. Por Ej: Hay situaciones en mi vida que estan mal y no me permite ser positivo ante las situaciones "(JP-H1)	
			"Todo pensamiento son negativo, todos" (JC-H3).		
		Percepción de invariabilidad de los sucesos negativos.	"Perder el sentido a la vida en cuanto a todo" (JC-H3).	"Haría alusión al aspecto negativo. Por ejemplo, "He pensado que nada bueno va a ocurrir en mi vida" o "en mi vida siempre va a ser todo malo"..." (JP-M3).	
				"¿Minusvalia?" (JP-H1).	
			"La depresión es estar en un pozo hondo y no tener la salida por ninguna parte" (JC-M4). "Yo pensaba que no sé, que no había ningún tipo de solución, de salida" (JC-M2). "Sientes que no hay forma de salir de esa condición" (JC-M2). "No ves salida"(JC-M2). "Uno no piensa, bueno yo no pienso que van a mejorar"(JC-M4). "Llega un momento en que te enfrentas a ti mismo, en que no puedes huir de eso"(JC-H5). "Cuando yo recibí el diagnostico sentía que no podía superarlo" (JC-M2).	"¿Ruina?"	
	Inferencia asociada a que los sucesos negativos actuales conducen a sucesos	Percepción de la reiteración de los sucesos negativos.	"Uno se encierra tanto en los pensamientos negativos, que uno no se cree capaz" (JC-H3).	"¿Desesperanza? (JP-H1) "Redacción del ítem (confusa)" (JP-H2).	
			"Eh, lo veo como un círculo ¿me entiende? Pues tengo crisis, las supero, pero luego vuelven, y	"¿CULPA? (JP-H1).	

	negativos futuros (Abramson et al, 1997)		tengo entendido de que esta enfermedad o esta condición no se va del todo, siempre quedan como secuelas y soy consciente, entonces veo mi vida ahora mismo como un círculo estoy en una crisis la supero, pero recaigo otra vez" (JC-H5).		
		Percepción de que las situaciones negativas actuales generaran otras situaciones negativas.	"uno se pone como pesimista ante lo que pueda venir después" JC-H5 "No veo futuro" (JC-M4).	"Demasiado largo" (JP-M3).	El ítem fue modificado, anteriormente era: "He pensado que las cosas malas que me pasaron ocasionaran otras experiencias negativas en mi futuro".
	Tendencia a la inferencia de características negativas sobre sí mismo(a) cuando ocurren sucesos negativos (Abramson et al, 1997)	Pensamientos de culpa.		""He pensado que todo lo malo que pasa es por mi culpa" (JP-M3).	
	Disfunciones cognitivas - Triada de Beck (1983)	Pensamientos de defectuosidad: Autoestima (Bandura, 1982)			
		Pensamientos de defectuosidad: Autoconcepto			

		(Bandura, 1982)			
		Defectuosidad: Autoimagen (Bandura, 1982)			
			"No me quería fijar antes, porque era feo, pero habían muchas pelaitas detrás de mí" (JC-H1).		
		Desamor.	"Pues sentirme amado por alguien fuera de mi familia, o sea yéndome al contexto social mío ahora mismo, no, tal vez pienso que mi madre si me ama, pero solamente ella" (JC-H5).		
			"Personas que uno valora, quiere, que lo desaniman y que le dicen cosas hirientes" (JC-H3).		
			"Siendo honestos llego a la conclusión muchas veces de que mi familia todo el año me trata como un burro de carga y solo son amables conmigo cuando quieren un burro de carga gratis" (JC-H1) "Cuando llega el 24 de diciembre y el 31 fingen ser amables conmigo" (JC-H1).	"¿DELIRANTE?" (JP-H1)	
		Abandono.	"Es uno de mis miedos, o sea el miedo al rechazo" (JC-H5) "Empeoró como esa sensación de rechazo hacia mí, el sentirse despreciado por alguien que tu aprecias" (JC-H5).		
			"Si por mi familia, por mi madre, en ocasiones mi madre pues expresaba de que quería irse lejos y dejar todo tirado, y pues yo me preguntaba que si eso pasara pues iba a ser muy complicado pues yo no cuento con mi padre y pues si tu madre también se va sería como que difícil, o también a una muerte, o sea que se muera esa persona, genera como ese sentimiento de angustia, o sea el no saber que va a pasar" (JC-		

			H5).		
	"Visión negativa del mundo: insatisfacción con su situación actual de vida y la creencia que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre ellos. (Beck et al, 1983)"	Pensamientos de insatisfacción con su situación actual de vida.			
		La creencia que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre mí.	"Me daba rabia el tener que despertarme al día siguiente" (JC-H1).		
	"Visión negativa del futuro: pesimismo acerca de su capacidad para lograr los resultados deseados. (Beck et al, 1983)"	Pensamientos de defectuosidad: Autoeficacia (Bandura, 1982)			
			"Uno no se siente capaz de hacer nada" (JC-H3).	"He pensado que soy un inútil" (JP-M3).	
			"Que no se si realmente puede hacer lo que estoy haciendo, si lo estoy haciendo bien" (JC-H3) (JC-H1).		
Dificultad en las funciones cognitivas.	Déficits atencionales	Dificultad para mantener la atención.	"No me concentro, termino peor, o sea me genera como esa impotencia de no poder controlarme o concentrarme en lo que necesito" (JC-H5).	"a veces es decremento y otras percepción de decremento" (JP-H5).	
			"Es sentir que no estoy concentrada" (JC-M2).		
		Aumento de la atención selectiva con contenido depresivo.	"Me enfrasco en que mañana lo hago, mañana lo hago y se me olvidan las cosas y no lo hago" (JC-H3).		
			"Eran muchos pensamientos negativos, eran demasiados pensamientos negativos" (JC-M2). "Creo que cuando estoy en momentos así de tristeza y depresión me centro o sea a veces hasta mi mente me atormenta con esos pensamientos, se vuelve como algo o sea no encuentro pensamientos así que me hagan	"Tengo dificultades para dejar de pensar en las cosas negativas" (El "se me" me suena raro, pero quizás es porque soy española...) (JP-M3)	

			sentir como mejor, o sea todo se vuelve como más negro" (JC-H5) Uno no tiene el pensamiento conectado a los sentidos no lo tiene, esta uno presente en cuerpo pero la mente está divagando, pensando siempre en cosas negativas (JC-H3) "Pienso en ellos, y pienso de que a pesar de todo tengo una familia, que me quieren, pero como te digo o sea esa sensación va más allá de eso, o sea soy consciente de mi familia, pero eso desvía mi atención y o sea sigo más en lo negativo" (JC-H5)		
			"Uno piensa en cosas negativas, y no se atreve hacer nada prácticamente" (JC-H3).		
			"Divagar, divagar, y todo es negativo" (JC-H3).		
	Dificultades para planificar y monitorear	Dificultad o imposibilidad para planificar metas futuras.		"Tengo dificultades para cumplir con las metas que me propongo" (JP-M3).	
		Dificultad para la planificación y monitoreo de tareas.			
	Dificultad en la toma de decisiones			"Indecisión" (JP-H5).	
	Dificultades en la fluidez ideatoria (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015)	Enlentecimiento del pensamiento.			
				Idem al anterior comentario. Me suena raro el "se me..." (JP-M3)	
Decremento de la generación de nuevas			"he notado que ya no tengo tantas ideas positivas como antes" (JP-H2).		

		ideas.			
	Déficits en la memoria de trabajo (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015)	Lentitud en la adquisición de información nueva.		"Esta repetido" (JP-H1)	
		Olvidos recurrentes.			
			"Como tal que olvide las cosas no, porque mi mama es la que suele estar pendiente " (JC-H1).		
		Dificultad para la recuperación de los recuerdos.		"Me resulta difícil recordar ciertas cosas a pesar de intentarlo"...o no se, pero me suena raro (JP-M3).	
	Decremento de la flexibilidad cognitiva (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015; Trivedi y Greer, 2014)	Adaptar el repertorio de respuesta a nuevas situaciones o estímulos.			
		Dificultad en la capacidad para adaptar o inhibir las conductas inadecuadas.			
				"Mejor utilizar el término irritabilidad" (JP-H1 "me cuesta controlar los pensamientos agresivo cuando algo me incomoda " (JP-H2).	
	Cogniciones suicidas.	Ideación suicida.	Pensamientos de muerte.	"Pensaba que no debía vivir" (JC-H1).	
"Como cuando una muerte pues termina todo, se acaba el sufrimiento" (JC-H5).					
Ideación suicida.					
Imágenes de suicidio.					

	Planificación suicida.		"Hice una carta donde explicaba y pedía disculpas, pedía perdón por lo que estaba haciendo que no quería vivir y bueno una cantidad de cosas" (JC-H1).	
1.2. Depresión: Sistema Conductual				
Manifestaciones de tristeza.	Llanto.		"Yo en cualquier momento estallaba en llanto" (JC-M2) "El llanto era como un desahogo" (JC-H3) "Uno se pone mal, y se expresa en llanto, como una salida" (JC-H3).	"he llorado con mucha frecuencia O he llorado sin control de forma habitual" (JP-H2)
			"Pero hay veces que llega el llanto. Porque uno se va conociendo y no se deja llegar a ese punto e inclusive llegaba a hacerlo depresivo hasta cuando me llegaba el llanto" (JC-H3) "Llanto fácil, susceptible. Lloro por todo" (JC-M4).	
Inhibición o decremento de la actividad psicomotora.	Dificultades en la fluidez verbal (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015).	Lentitud en fluidez verbal (dorso lateral).	"En el tema de hablar, más que todo me retraje, no quería hablar, no quería expresar nada" (JC-M2) "me cuesta hablar, las palabras se me traban, siento como un nudo en la garganta" (JC-H5).	
			"Normalmente hablo rápido, he... Si estoy recién saliendo de una depresión y estoy hablando hay momentos que no pronuncio ni una palabra o no recuerdo algo... no recuerdo, o sea, la digo pero me equivoco" (JC-M4).	
		Parquedad en la expresión (cinglada anterior).		
	Postergación de actividades cotidianas.		"Me enfrasco en que mañana lo hago, mañana lo hago y se me olvida y no lo hago" (JC-H3).	
	Enlentecimiento de la actividad psicomotora.		"Si hubo un enlentecimiento, más que todo en el	

		tema del movimiento" (JC-M2) "O sea, de caminar me sentía como muy débil a veces como te digo no sentía la misma facilidad para correr para hacer cosas así" (JC-M2).				
Decremento de la actividad sexual.						
Conductas Suicidas.	Conductas parasuicidas.					
	Intentos de suicidios.					
		"Me tomé una cantidad de pastillas" (JC-H1) "En una ocasión fue que intenté materializar el hecho, pero tampoco fui capaz de hacerlo" (JC-M2).				
1.3. Depresión: Sistema afectivo/ emocional.						
Tristeza profunda.		"Tiendo a deprimirme" (JC-H3) "Un estado de ánimo total total de desánimo" (JC-H3) "Me estaba sintiendo mal de ánimo" (JC-M2) "triste, y sin saber por qué" (JC-H5) "soy tan susceptible a esas emociones de tristeza" (JC-H5).	"Utilizaría un ítem "me he sentido muy triste" y otro para preguntar por irritabilidad "me he sentido muy irritable". Puede que una persona se sienta triste, pero no irritable y viceversa" (JP-M3)			
		"Sentía muchas ganas de llorar" (JC-M2).				
Irritabilidad.						
		"Pues al principio yo lo que estaba era emputao con el mundo, yo estaba eh me daba rabia el mundo" (JC-H1).				

	"Tiendo a exaltarme" (JC-H3).		
Sentimientos de culpa.	"En ocasiones siento remordimiento o sentimiento de culpa algo así" (JC-M2) "Yo experimento sentimientos como de culpa y sentimientos que son como sentimientos que generan angustia y no es nada agradable" (JC-H5).		
Sentimiento de inutilidad.			
	"No me creo capaz de hacer nada" (JC-H3) "Uno no se cree capaz de nada" (JC-H3).		
Sentimientos de fracaso y frustración.			
	"He tenido baja tolerancia a que las cosas me salgan mal, suelo sentirme muy frustrado" (JC-H1).		
Defectuosa: Baja autoestima (Bandura, 1982)	"Pensaba que no valía lo suficiente"(JC-H1).		
	"la autoestima la tengo por el piso" (JC-M4).		
Sentimiento de insatisfacción con la vida.	""""Le pierde el sentido a la vida en cuento a todo"""" (JC-H3) ""En ocasiones me siento mal, o sea cansado, como si no le encontrara sentido al diario vivir, como desmotivado bastante, y no se porque me siento así"" (JC-H5) ""Siento que me invaden pensamientos que me atormentan, pensamientos de vacío"" (JC-H5)"		
Sentimiento de vacío.			
Sentimientos de desesperanza.			

Sentimientos de soledad.		""En momentos de soledad cuando ya se me había pasado la crisis que me quedaban la tristeza"" (JC-M2)	
		""Me sentía solo"" (JC-H5)	
		""siento una sensación de profunda soledad"" (JC-H5) ""cuando estoy así que me siento solo salgo y me veo con un amigo o con una amiga con tal de no sentirme solo, pero no lo puedo evitar cuando ya me o sea voy a dormir, o sea cuando ya me veo solo, o sea con tal de sentirme bien o de estar con alguien para tener compañía"" (JC-H5) ""En estos momentos no, estoy en el punto que veo que soy yo solo, simplemente"" (JC-H5) ""soy yo solo o me siento así no lo sé, pero decirte que tengo como un apoyo ahora mismo de alguien no"" (JC-H5)".	
Dificultad para sentir placer			
Decremento interés en el contacto social			
	"llegó un momento en el cual yo lo que quería era estar sola" (JC-M2).		
1.4. Depresión: Sistema motivacional/ Somático			
Alteraciones relativas a:	Sueño	"No duermo, a veces necesito tomar medicamentos para dormir porque no duermo bien" (JC-M4) "Me acuesto tarde, por los mismos pensamientos no me dejan dormir" (JC-H5) "Uno no duerme" (JC-H3).	"INSOMNIO TERMINAL Y DE MULTIPLES DESPERTARES" (JP-H1)
		"En Depresión duermo más" (JC-H1).	

	Libido	Disminución de deseo sexual	"Mi interés por el sexo era nulo totalmente" (JC-M2) "Nula, no hay ese apetito sexual" (JC-H5).		
				"Repetido" (JP-H1).	
	Peso		"Bajé bastante de peso" (JC-M2) "Me aumenta el peso" (JC-M4) "Me pongo más delgado" (JC-H5).	"Se contesta con la siguiente" (JP-H1)	
	Apetito		"Comia mucho" (JC-H1). "Como más" (JC-M4) "No me provocaba comer" (JC-M2) "No le encuentro como una satisfacción a la comida, solo como porque lo necesito y no porque haya placer en eso" (JC-H5) "uno no come, prácticamente le da igual" (JC-H3).	"PREGUNTAR SI HAY O NO PERDIDA DE APETITO / HIPERFAGIA" (JP-H1)	
				"PREGUNTAR POR PERDIDA O AUMENTO DE APETITO" (JP-H1).	
Pérdida relativas a:	Energía (Fatiga)		"me siento sin energía" (JC-H5) "Me siento sin energía, cansado y me cuesta, como te comentaba me cuesta hasta levantarme de la cama, quiero como seguir durmiendo" (JC-H5).		
	Interés en las actividades	Actividades de ocio			
			"En este último semestre me he quedado en casa porque casi que no tengo empatía con el profesor, el profesor tiene algunos inconvenientes y hay días que digo: "mami no voy a ir" y yo ella me respeta eso" (JC-H1) "la cuestión era que yo quería era estar encerrada en mi casa durmiendo" (JC-M2) "estar encerrada en mi cuarto, estar dormida"		

			(JC-M2) "Yo quería estar sola, estar en mi casa no salir a ninguna parte" (JC-M2).		
		Actividades cotidiana	"Uno siente un desgano" (JC-H3) "no me quería levantar, no tenía voluntad de levantarme, de bañarme de nada, era obligarme a hacer las cosas" (JC-M2) "No quiero hacer nada, desmotivación" (JMC-M4) "Me auto motivo pensando, pero al final no termino haciendo nada, es más fuerte lo que siento" (JC-H5) "Si me voy a bañar, uno empieza a pensar que me voy a bañar por ahí tipo 8 de la mañana y si no me obligan prácticamente me vengo a bañar tipo seis, siete de la noche, igual con todas las obligaciones cotidianas que uno hace normalmente" (JC-H3).		
			Me he sentido desmotivado para realizar mis actividades cotidianas.	Pasar esto a la dimensión de decremento de la motivación.	
		Actividades académico/laborales			
			"No había intención de hacer, si hacia las cosas era porque tenía un fuerte compromiso conmigo y con el trabajo y con lo que tenía que hacer, pero no era porque tuviera la motivación" (JC-M2).		
	Interés por los demás.		"No había intención de hacer, si hacia las cosas era porque tenía un fuerte compromiso conmigo y con el trabajo y con lo que tenía que hacer, pero no era porque tuviera la motivación" (JC-M2).		
Dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales.			"En cuanto a la productividad en el trabajo uno no produce igual, se vuelve más lento, muy permisivo con las cosas" (JC-H3) "yo sabía que tenía un trabajo, que yo tenía una vida y que esa vida la estaba abandonando, o sea yo era consciente de lo que estaba haciendo		

		pero al mismo tiempo no quería hacerlo" (JC-M2).		
		"Cuando me he sentido muy triste e intentaba interactuar para sentirme mejor, se me bajaba el ánimo si interactuaba más" (JC-H3)		
		"Confrontaciones con familiares que me afectan, con compañeros de trabajo" (JC-H3).		
Disminución del deseo sexual.		"Confrontaciones con familiares que me afectan, con compañeros de trabajo" (JC-H3).		
1.5. Depresión: Impacto.				
Intensidad del sentimiento de tristeza				
Intensidad de la anhedonia			"creo que el ítem está incompleto" (JP-M3).	
Intensidad del malestar depresivo general al día		"hay semanas que no me siento bien, no estoy todo el bien, no me siento bien durante el trabajo, no estoy tranquila que siempre me cae la desesperación y sé que son síntomas que me van conduciendo a la crisis, pero la última crisis fue esta semana" (JC-M2).	"teniendo en cuenta las características que usted identificó en la lista anterior que ha experimentado....." (JP-H2) "Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que LE afectaban...indique con que intensidad le afectan en el día a día" (JP-M3).	
Intensidad del malestar depresivo general		"las crisis de llanto son más cortas" (JC-M2).	"teniendo en cuenta las características que usted identificó en la lista anterior que ha experimentado....." (JP-H2) "Teniendo en cuenta los síntomas que usted identificó en la lista anterior que LE afecta..." (JP-M3).	
Temor	Al malestar	"“Me llenaba de miedos al pensar mi situación” (JC – M2) “Temía mucho cada vez que me sentía mal” (JC – H3) “Me aterra perder a todos por ser como soy” (JC – M4)”		

	Al futuro	"“Sentía esa sensación de angustia al pensar en mi futuro” (JC – H5) “Es un sentimiento de angustia al no saber que va a pasar” (JC – H3)".		
	Al rechazo	"Uno de mis mayores temores es que me rechacen" (JC–H3) “La sensación de rechazo empeora cuando me desprecia alguien que aprecio” (JC –H5).		
Decremento del desempeño académico/laboral				

2. Componentes de manía – Hipomanía.

Criterio	Índice	Indicador	M1: Jueces clínicos	M2: Jueces profesionales	Ev. Pertinencia dimensiones
2.1 Manía /Hipomanía: Sistema cognitivo.					
Dificultad en las funciones cognitivas.	Alteraciones del pensamiento: Aceleración y fuga de ideas.	Pensamiento acelerado	"Rápido, el pensamiento es demasiado rápido, parece una locomotora" (JC-M4). "El cerebro manda más órdenes" (JC-H3) "El cerebro es más rápido" (JC-H3).		
			"Todo lo captas más rápido, y también el habla es lo más, inclusive hay personas que les sorprende lo que uno les aporta en ideas y en hacer las cosas (JC-H3)	"Repetido" (JP-H1).	
		Pensamiento desorganizado.		"ESTO HABLA DE PENSAMIENTO ACELERADO" (JP-H1).	
				"PENSAMIENTO ACELERADO, TAQUIPSIQUIA" (JP-H1).	
		Pensamiento tangencial	"Cuando está empezando a subirse el ánimo es tanta la información que el cerebro manda que uno no logra identificar y hablar cosas seguidas con una persona" (JC-H3).	"Cuando está empezando a subirse el ánimo es tanta la información que el cerebro manda que uno no logra identificar y hablar cosas seguidas con una persona" (JC-H3).	
		Pensamiento	"Me voy de un pensamiento a otro, eso es	"Creo que está incompleto o no lo	

		excesivamente inclusivo	rapidísimo, una cosa, la otra" (JC-M4). "Se me vienen una cantidad de ideas" (JC-H3).	entiendo..." (JP-M3) [Me encuentro pensando en algo].	
			"En esa fase aparece una hiperactividad mental, pienso en todo" (JC-M4)..	"PENSAMIENTO ACELERADO. REPETIDO" (JP-H1).	
	Déficits atencionales.	"Distraibilidad: Baja Inhibición de estímulos * Autopercepción * Percepción de otros"			
				"DISPROSEXIA, DISTRACTIBILIDAD" (JP-H1).	
		Seguimiento de instrucciones: por completo			
	Grandeza.	Alto auto-concepto		"considero que soy mejor persona que los demás" (JP-H2).	
		Alta autoeficacia	"Yo tengo un coeficiente de 130 yo debí haber terminado o en el Colón o en el Alemán o algo así, dadas mis capacidades intelectuales" (JC-H1) "desarrolla más la creatividad y uno todo lo ve fácil, y uno aporta y habla" (JC-H3) "Uno cosas atrevidamente porque como está en fase eufórica, uno se cree que puede hacer todo" (JC-H3) "Yo puedo hacer todo, me digo" (JC-H3) "Me siento muy capaz" (JC-H3) "Pienso que todo lo puedo" (JC-H3).		
			"Que haré todo como el mejor" (JP-H3).		
		Alta autoimagen	"Me siguen llegando hojas de vida, por decirlo de un modo, es más de hecho yo sé que todavía me la sigue enviando" (JC-H1).		

		Delirios de grandeza: por encima de otros	"A veces pienso que el única que sirve es el mio y eso causa malestar en el resto de la gente" (JC-H1).		
	Baja autocrítica.			"He pensado que no cometo errores" (JP-H2).	
			"He pensado que no tengo defectos".		
Fantasías sexuales			"no ha llegado la forma de materializarse pero si he buscado la manera" (JC-M4).	"Estos ítems referidos a fantasías sexuales no se hasta que punto pueden estar relacionados con manía..." (JP-M3).	
				"he creido que puedo cumplir las fantasias sexuales con personas (importantes)" (JP-H2).	
Cogniciones suicidas	Ideación Suicida	"Yo tenía pensado ir para los Estados Unidos, o sea primero ponerme en forma, después ir a Estados Unidos, me integraba al cuerpo de marines y hacer una obra en la primera misión" (JC-H1).			
	Planificación Suicida				
Optimismo excesivo: Con respecto a sí mismo y a otros				"he considerado que todo lo puedo hacer aunque algunas sean riesgosas" (JP-H2).	
			"Todas las ideas son positivas".		

2.2 Manía / Hipomanía: Sistema conductual.

Agitación Psicomotora	Fluidez Verbal: Verborrea	Hablado rápido	"Él siempre tiene la verborrea a la mano" (JC-H1).	"He hablado excesivamente sin detenerme" (JP-H2).	
			"hablo muy rápido" (JC-M4).		
		Dificultad para ser interrumpido			
			"tiendo a no a dejar que los otros hablen" (JC-M4).		
		Tono de voz fuerte			
	Conducta verbal errática	Baja intencionalidad de comunicación recíproca			
		Juego de palabras			
		Poca consideración del impacto de sus palabras			
			"En mi caso muchas veces digo cosas que son verdades sin importar a quien le moleste, pero siempre me quieren mandar a callar, sobre todo en mi caso cuando estamos en reunión familiar mi abuelo siempre me manda a callar" (JC-H1).		
		Inclusión de Irrelevancias (Impertinencias) y chistes	"Pues por lo general, lo que siempre mantiene las relaciones es que yo a esa persona la haga reír" (JC-H1) "Aunque a veces también me pongo a bromear acerca con cosas de mis conocimientos para ridiculizar a los otros" (JC-H1) "hago bromas, fuertes no, pero si ser un poco impertinente" (JC-M4).	"Pues por lo general, lo que siempre mantiene las relaciones es que yo a esa persona la haga reír" (JC-H1) "Aunque a veces también me pongo a bromear acerca con cosas de mis conocimientos para ridiculizar a los otros" (JC-H1) "hago bromas, fuertes no, pero si ser un poco impertinente" (JC-M4).	
		Quejas excesivas		"Me he quejado continuamente" o "Me he quejado mucho" (JP-M3).	
		Comentarios hostiles	"En mis conversaciones soy hostil,	"Simplemente anotar que este ítem se	

			completamente hostil" (JC-H1).	refiere al presente, mientras que casi todos los anteriores se referían al pasado" [Hago comentarios hostiles: Ya fue modificado].	
			"En el tono agresivo en el que habla a la gente no le gusta" (JC-H1).		
	Aumento de la eficiencia en las actividades cotidianas		"Uno agiliza más rápido" (JC-H3) "Todo lo quiero hacer más rápido" (JC-H3) "Uno hace cosas que normalmente haría pero en menor tiempo" (JC-H3).		
			"Se nota cuando estoy alto o bajo por la agilidad con que asumo o cojo las cosas" (JC-H3).		
	Excesiva implicación en actividades	"Aumento de la actividad intencionada: *Ocupacional: Tareas y proyectos * Sexual: Mayor conducta sexual * Religioso * Actividades deportivas * Laborales"			
			"Uno se pone a hacer actividades de todo tipo, de actividades deportivas" (JC-H3).		
			"Uno se pone a hacer actividades de todo tipo, actividades en el trabajo" (JC-H3) "He trabajado sin parar hasta turnos de 21 horas seguidas" (JC-H3).		
				"he pensado que todo se puede resolver con ayuda divina, he realizado rituales religiosos para mejorar mi vida o dañar a alguien" (JP-H2).	
		Actividad con objetivo, infructífera.		"EN LA MANIA HAY AUMENTO DE LA ACTIVIDAD DIRIGIDA A UN OBJETIVO, SIN EMBARGO POR LO GENERAL ES INFRUCTUOSA" (JP-H1).	
		Aumento de la actividad sin objetivo.			
		Actividades de riesgo:			

		*Consumo de drogas *Conducta temeraria *Gastos excesivos *Promiscuidad sexual: sin planificación y sin medir riesgo.	"Hago Compras, hasta he... me he endeudado, he tenido tarjetas de crédito, todavía las estoy pagando" (JC-M4).		
				"UN MARCADOR IMPORTANTE SON LAS CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO" (JP-H1).	
			"Uno no puede controlar la energia que tiene, entonces hace cosas arriesgadas" (JP-H3).		
			"Tenía la curiosidad de tomar licor, un día tomé y a los 3 días lme estaban hospitalizando" (JC-H1).		
	Aumento de la sociabilidad				
		"antes tenia mucho contacto con desconocidos, pero ya no lo hago, por seguridad, por cosas que me han pasado" (JC-M4) "Uno comienza a hablar con personas que no conoce porque no logra estar callado" (JC-H3) "Muy abierto y confianzado en el trato con personas en todo lugar" (JC-H3).			
	Aumento de la activación psicomotora	Aceleración de movimientos			
		Inquietud motoras	"No puedo estarme quieto" (JC-H1).		
				"me ha costado mantener la calma ante actividades rutinarias" (JP-H2).	
	Excesiva expresión facial	Manerismos	"Uno hace más ademanes en las manos" (JC-H3).		
Gestos excesivos					

Conductas suicidas	Impulsividad (Hipomania)	"Uno no puede ni controlar la energía que tiene, entonces hace cosas arriesgadas " (JC-H3).		
	Intentos suicidas			
2.3 Manía/ hipomanía: Sistema afectivo/Emocional.				
Ánimo anormal	Elevado			
	Expansivo			
	Irritable	"Si me pongo agresivo cuando tengo por ejemplo, tengo un roce normal con cualquier persona " (JC-H3) "me desespera que me hablen duro" (JC-H3) "es difícil controlar las reacciones en fase alta, porque uno está muy susceptible" (JC-H3) "Cualquier roce por pequeño que sea uno lo toma como grande y empieza un conflicto" (JC-H3) "Todo me daba rabia fácilmente (JC-H3) "Tiendo a exaltarme"(JC-H3).		
		"Me desespera que me hablen duro" (JC-H3) "Es difícil controlar las reacciones en fase alta porque se está suceptible" (JC-H3) "Cualquier roce por pequeño que sea, uno lo toma como grande y se tiene conflicto" (JC-H3).		
Labilidad emocional	Cambios bruscos entre euforia, disforia e irritabilidad	"Uno va sintiendo poco a poco a medida que va pasando el día que va bajando, va bajando bajando. Y uno ¡Pum!" (JC-H3) "a veces estamos como en una montaña rusa y prácticamente" (JC-M4).		
		"Los cambios bruscos en el estado de ánimo"	"Importante demarcar que el cambio	

		(JC-H1).	del ánimo es sin razon alguna" (JP-H2).	
Autoestima elevada.		"Ah no, fabulosa [Risas], Bien, positiva, con el autoestima media, o sea, bien, me siento bien conmigo misma cuando estoy en esa fase" (JC-M4).		
Alteración en las relaciones interpersonales	Entusiasmo excesivo en las relaciones interpersonales			
	Contacto indiscriminado			
	Contacto inestable	"Mis relaciones no han sido estables, la verdad la última ha sido como la más estable" (JC-H1).		
		"Pues todavía sigo en ella, ya vamos para el mes pero la verdad últimamente yo he sentido que ella como que ve de una forma muy negativa la vida" (JC-H1).		
Ataques de ira: Baja tolerancia a la frustración	Interrupción	"me molesta que me interrumpen cuando hablo" (JC-H1).		
		"Tiro las cosas cuando no se hace lo que quiero en esa fase (JC-H1).		
	Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba.			
	Me cuesta tolerar el fracaso.	"La baja tolerancia desde pequeño fue lo que hizo que mis papas se alteraran" (JC-H1) "Cuando las cosas no me salen bien me enojo" (JC-M4).	"Me cuesta tolerar el fracaso/perdida" (JP-M4).	
		"Y si no gana pues entro en un episodio de rabia" (JC-H1).		
2.4 Manía / Hipomanía: Sistema Somático/ Motivacional.				
Alteraciones del sueño	Alteración del patrón del sueño: disminución	"no duermo bien" (JC-M4) "Duermo menos" (JC-H3)	"Duermen poco" (JP-H1).	

	de la necesidad de dormir.	"En fase alta una se despierto antes" (JC-H3) "Uno puede dormir 1 o 2 horas y ya tiene energía" (JC-H3).		
	Dormir poco			
	Despertar antes de lo habitual con sensación de descanso	"tiene una energía que uno ni, o sea ni duerme, entre uno menos duerme más energía tiene, o sea eso es algo ilógico, uno no entiende" (JC-H3).		
	2 días sin dormir sin sentir cansancio	"Máximo tres días, en mi caso máximo tres días" (JC-H3) "No mucho, o sea, no seguido. De pronto un día o dos días, pero de resto... pues como la medicación me ayuda a dormir" (JC-M4).		
Alteración de la ingesta				
		"Uno come todos los días, lo que es son las cantidades" (JC-H3).		
Alteración del peso		"en fase maniaca si pierdo más peso" (JC-H3).		
Aumento de la libido		"Como no tengo pareja pero si quiero tener, si, osea si, si estoy... si, no sé, la palabra en el momento se me pasa pero si, si quisiera pero no tengo con quien" (JC-M4).		
2.5 Manía/ Hipomanía: Impacto				
Disminución del desempeño			"Generalmente el paciente no lo reconoce" (JP-H1)	
Afectación en las relaciones		"Las experiencias de la vida cotidiana con mi	"Generalmente el paciente no lo	

	familia lo afectan bastante" (JC-H3).	reconoce" (JP-H1) "Siento que mis relaciones familiares han desmejorado" (JP-M3).	
Aumento de la actividad social.		"Participo al mismo tiempo en muchas actividades que no son necesariamente útiles" (JP-M3).	
		"Dejo muchas actividades sin terminar" o bien "dejo muchas actividades sin finalizar" (JP-M3).	
¿Qué elemento (s) considera que sería provechoso agregar y/o ajustar en el componente de depresión?			

Anexo 5. Tabla de Especificaciones de la prueba

Tabla de Especificaciones de la prueba.								
EVALUACIÓN DIMENSIONAL								
CONSTRUCTO	COMPONENTES	DIMENSIONES	INDICADORES					
			Modo de respuesta	Criterio	Dimensión	Indicador	Presencia de síntoma(s)	Intensidad y Cronicidad
Trastornos Afectivos “Grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves que van del júbilo a una depresión severa” (Durand y Barlow, 2007)	Componente 1: Depresión Sensación de tristeza producto de disfunciones en la forma como interpretamos los hechos que se presentan en la vida cotidiana (Beck, 1974)	1.1 Episodio de depresión mayor	Sistema Cognitivo Comprende el procesamiento de la información, la asignación de significados, selección de datos, interpretación de las situaciones memoria y recuerdos (Beck, 1996)	Estilos atribucionales desadaptativos (Abramson et al, 1997)	Percepción de que los factores estables (probabilidad de persistir en el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) son los responsables de los sucesos negativos actuales (Abramson et al, 1997)	Visión negativa generalizada a todos los ámbitos de la vida Percepción de invariabilidad de los sucesos negativos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamientos de culpa ▪ Pensamientos de desesperanza ▪ Visión negativa de todos los ámbitos de su vida ▪ Percepción negativa de las situaciones 	Frecuencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casi cada día, casi todos los días. ▪ Durante 2 semanas consecutivas Cronicidad: La sintomatología identificada provoca un malestar clínicamente significativo y/o tenga un impacto considerable en las esferas social, familiar o académico-laboral del individuo
					Inferencia asociada a que los sucesos negativos actuales conducen a sucesos negativos futuros (Abramson et al, 1997)	Percepción de la reiteración de los sucesos negativos		
						Percepción de que las situaciones negativas actuales generaran otras		
					Tendencia a la inferencia de características negativas	Pensamientos de culpa		

					sobre sí mismo(a) cuando ocurren sucesos negativos (Abramson et al, 1997)		
				Disfunciones cognitivas - Triada de Beck (1983)	Visión negativa del yo: creer que es defectuoso, deficiente, y sin valor (Beck et al, 1983)	Pensamientos de defectuosidad: Autoestima (Bandura, 1982)	<ul style="list-style-type: none">▪ Baja autoestima▪ Pensamientos de defectuosidad▪ Baja autoimagen▪ Pensamientos de desamor▪ Pensamientos de abandono
						Pensamientos de defectuosidad: Autoconcepto (Bandura, 1982)	
						Defectuosidad: Autoimagen (Bandura, 1982)	
						Desamor	
						Abandono	
					Visión negativa del mundo: insatisfacción con su situación actual de vida y la creencia que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre ellos. (Beck et al, 1983)	Insatisfacción con su situación actual de vida	Pensamientos de insatisfacción por la situación de su vida
						La creencia que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre mi	
					Visión negativa del futuro: pesimismo acerca de su capacidad para lograr los resultados	Pensamientos de defectuosidad: Autoeficacia (Bandura, 1982)	<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluación negativa del desempeño propio.▪ Rumitaciones acerca de pequeños errores del pasado.

					deseados. (Beck et al, 1983)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpretación errónea de los sucesos como afirmación de los defectos personales. 	
				Dificultad en las funciones cognitivas	Déficits atencionales	Dificultad para mantener la atención	Decremento Significativo de la capacidad de pensar y concentrarse	
						Aumento de la atención selectiva con contenido depresivo		
					Dificultades para planificar y monitorear	Dificultad o imposibilidad para planificar metas futuras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para planificar tareas 	
						Dificultad para la planificación y monitoreo de tareas		
					Dificultad en la toma de decisiones		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para tomar decisiones 	
					Dificultades en la fluidez ideatoria (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015)	Enlentecimiento del pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensamiento Lento 	
						Decremento de la generación de nuevas ideas		
					Déficits en la memoria de trabajo (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015)	Lentitud en la adquisición de información nueva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidad para realizar actividades que involucren la adquisición de nueva información y/o recuperación de recuerdos. 	
						Olvidos recurrentes		
						Dificultad para la recuperación de los recuerdos		
					Decremento de la flexibilidad cognitiva	Adaptar el repertorio de respuesta a nuevas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para tomar decisiones al momento de enfrentar una 	

					(Gastó, Guarcha y Navarro, 2015; Trivedi y Greer, 2014)	situaciones o estímulos	situación nueva. ▪ Dificultad para inhibir la ira y la frustración cuando se presentan acontecimientos triviales.	
						Dificultad en la capacidad para adaptar o inhibir las conductas inadecuadas		
					Cogniciones suicidas	Ideación suicida	Pensamientos de muerte	▪ Pensamientos o ideas de muerte.
							Ideación suicida	
						Imágenes de suicidio	▪ Establecer los pasos que se llevaran a cabo para materializar el suicidio.	
								Planificación suicida
				Sistema Conductual Comprende la movilización automática del organismo (Beck, 1996)	Manifestaciones de tristeza	Llanto		▪ Llanto fácil y en ocasiones sin motivo aparente
					Inhibición o decremento de la actividad psicomotora	Dificultades en la fluidez verbal (Gastó, Guarcha y Navarro, 2015)	Lentitud en fluidez verbal (dorsolateral)	▪ Aumento de las pausas al contestar. ▪ Discurso lento ▪ Disminución de volumen, inflexión, cantidad o variedad del contenido del discurso, o mutismo.
							Parquedad en la expresión (cingulada anterior)	
						Enlentecimiento de la actividad psicomotora		Alteración de la actividad psicomotora percibida por otras personas.
					Conductas suicidas	Conductas parasuicidas		Acciones dirigidas a infringirse daño, sin intención de consumir un suicidio.
						Intentos de suicidio		Acciones dirigidas a provocar la autodestrucción

			Sistema Afectivo/ Emocional Está compuesto por estados emocionales y afectivos que se activan ante las demandas del medio (Beck, 1996)	Tristeza Profunda			<ul style="list-style-type: none">▪ Tristeza profunda.▪ Sentimientos de culpa.▪ Sentimientos de inutilidad▪ Sentimientos de fracaso▪ Sentimientos de desesperanza			
				Sentimientos de culpa						
				Sentimientos de inutilidad y fracaso						
				Defectuosidad: Baja autoestima (Bandura, 1982)						
				Insatisfacción con su situación actual de vida						
				Sentimientos de desesperanza						
			Sistema Motivacional Comprende los impulsos automáticos involuntarios e inhibitorios. (Beck, 1996)	Alteraciones relativas a:	Patrón del sueño		<ul style="list-style-type: none">▪ Alteración del patrón del sueño.▪ Alteración del peso.▪ Alteración del Apetito			
					Peso					
					Apetito					
				Pérdida relativas a:	Energía (fatiga)		<ul style="list-style-type: none">▪ Pérdida persistente de energía (fatiga)▪ Poco interés por la realización de las actividades▪ Poco interés por los demás			
					Interés en las actividades					
					Interés por los demás					
				Dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales.			Dificultad en las relaciones interpersonales			
				Disminución del interés sexual			Disminución del deseo sexual			

	Componente 2: Manía “Sentimientos de bienestar o euforia y, en su expresión más extrema, un estado de tipo maníaco que se expresa en	2.1. Episodio Maníaco	Sistema Cognitivo Comprende el procesamiento de la información, la asignación de significados, selección de datos, interpretación de las	Dificultad en las funciones cognitivas	Alteraciones del pensamiento: Aceleración y fuga de ideas	Pensamiento acelerado	<ul style="list-style-type: none">▪ Los pensamientos suelen ir a mayor velocidad que el discurso y si ningún orden establecido.▪ Pensamiento tangencial y excesivamente inclusivo.▪ Fuga de ideas	Frecuencia: <ul style="list-style-type: none">▪ Casi cada día, casi todos los días.▪ Durante menos 1 semana⁵.	
						Pensamiento desorganizado			
						Pensamiento tangencial			
						Pensamiento excesivamente inclusivo			

	<i>forma de agitación, insomnio, hiperactividad, ataques de enfado e, incluso, conducta autodestructiva” (McGuire y Chicoine, 2010).</i>		situaciones memoria y recuerdos (Beck, 1996)		Déficits atencionales	Distraibilidad: Baja Inhibición de estímulos 1. Autopercepción 2. Percepción de otros	<ul style="list-style-type: none">Alta distraibilidad que se evidencia en la propia percepción y en el reporte de los demásDificultad para el seguimiento de instrucciones	Cronicidad: La excitación del estado del ánimo contribuye al deterioro significativo en el desenvolvimiento social y laboral, puede requerir de hospitalización			
						Seguimiento de instrucciones: por completo					
					Grandeza	Alto auto-concepto	<ul style="list-style-type: none">Pensamientos de grandiosidad a pesar de que existan evidencias que prueban lo contrario.Sobreestimación de las habilidadesIncapacidad para reconocer errores en el desempeño				
						Alta autoeficacia					
						Alta autoimagen					
						Delirios de grandeza: por encima de otros					
					Baja autocrítica						
					Fantasías sexuales					<ul style="list-style-type: none">Considera que es altamente atractivo para personas importantes en su círculo laboral o académico y/o socialmente reconocidas	
					Optimismo excesivo: Con respecto a sí mismo y a otros					<ul style="list-style-type: none">Sensación de seguridad de que todo saldrá bien para él y para los demás	
					Sistema Conductual Comprende la movilización					Hablado	<ul style="list-style-type: none">Conducta suicida.Aumento de la actividad dirigida

			automática del organismo (Beck, 1996)	Agitación Psicomotora	Fluidez Verbal: Verborrea	rápido	a un objetivo (social, sexual, académico, laboral). ▪ Verborrea: hablar más de lo habitual sin intención de comunicación. ▪ Implicación excesiva en situaciones placenteras que tienen un alto riesgo. ▪ Desorganización de la actividad conductual. ▪ Aumento de la actividad social.		
						Dificultad para ser interrumpido			
						Tono de voz fuerte			
						Baja intencionalidad de comunicación reciproca			
					Conducta verbal errática	Juego de palabras y Chistes	▪ Lenguaje rápido, chillón, apremiante y difícil de interrumpir		
						Poca consideración del impacto de sus palabras			
						Inclusión de Irrelevancias (Impertinencias)	▪ Inclusión de palabras hostiles en su discurso ▪ Poco interés en el discurso del interlocutor		
						Quejas excesivas			
						Comentarios hostiles	▪ Se involucra en varias tareas o proyectos simultáneamente y sin contar con la experiencia suficiente ▪ Aumento del impulso sexual		
						Excesiva			

					implicación en actividades	Aumento de la actividad sin objetivo	▪ Inclusión en actividades sin objetivo específico		
						Actividades de riesgo:	▪ Consumo de drogas ▪ Conducta temeraria ▪ Gastos excesivos ▪ Promiscuidad sexual: sin planificación y sin medir riesgo		
					Aumento de la sociabilidad		▪ Se relaciona con antiguos amigos, conocidos o incluso extraños		
					Aumento de la activación psicomotora	Aceleración de movimientos	▪ Realiza múltiples actividades al tiempo ▪ Se les dificulta mantenerse en reposo		
						Inquietud motora			
				Excesiva expresión facial		Manerismos	▪ Lenguaje corporal exagerado		
			Gestos excesivos						
				Conductas suicidas		Impulsividad (Hipomania)	▪ Conductas de riesgo sin medir consecuencias		
			Intentos suicidas						
			Sistema Afectivo Está compuesto por estados	Ánimo anormal	Elevado		▪ Estado de ánimo eufórico, excesivamente alegre o bien irritable		
					Expansivo				
					Irritable				
				Labilidad emocional	Cambios bruscos entre euforia, disforia e irritabilidad		▪ Cambios rápidos en el estado de ánimo por breves períodos de tiempo		
				Autoestima elevada			▪ Autoestima excesiva.		
							▪ Entusiasmo		

			emocionales que se activan ante las demandas del medio (Beck, 1996)	Alteración en las relaciones interpersonales	Alteración del funcionamiento social u ocupacional	excesivo en las relaciones interpersonales ▪ Contacto indiscriminado ▪ Contacto inestable	
				Ataques de ira: Baja tolerancia a la frustración		▪ Baja tolerancia a la interrupción ▪ Respuestas airadas frente a situaciones que antes toleraba ▪ Dificultad para tolerar el fracaso	
			Sistema Motivacional Comprende los impulsos automáticos involuntarios e inhibitorios. (Beck, 1996)	Alteraciones del sueño		▪ Alteración del patrón del sueño: disminución de la necesidad de dormir. ▪ Despertar antes de lo habitual con sensación de descanso ▪ 2 días sin dormir sin sentir cansancio	
				Aumento del apetito sexual		▪ Aumento de la energía sexual.	
						▪	
				Durante al menos 4 días El episodio no es			
</							

								suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar Hospitalización.	
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Anexo 6. Matriz de Congruencia

Manifestaciones						
	Modelo Teórico					
	Dificultades en los estilos atribucionales.	Errores en el procesamiento de información.		DSM V	CIE 10	EMTA - I
"Sistema cognitivo: Hace referencia a la valoración de acontecimiento s hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados (Beck, 1979)"	Comprende el procesamiento de la información, la asignación de significados, selección de datos, interpretación de las situaciones memoria y recuerdos (Beck, 1996).					
	Estilos atribucionales desadaptativos (Abramson et al, 1997): 1. Percepción de que los factores estables (probabilidad de persistir en el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) son los responsables de los sucesos negativos actuales (Abramson et al, 1997)	Triada cognitiva (Beck et al, 1983): <i>1. Visión negativa del yo:</i> creer que es defectuoso, deficiente, y sin valor (Beck et al, 1983)	"Distorsión Cognitiva: Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva (Beck, 1979)"	"Episodio Depresivo Mayor: *Disminución de la capacidad de pensar *Disminución en la capacidad de concentrarse *Disminución en la capacidad de tomar decisiones *Pensamientos de muerte recurrente *Ideas suicidas recurrentes"	"Episodio Depresivo: *Reducida capacidad de concentración *Ideas de culpabilidad *Ideas de inutilidad *Indecisión *Disminución en la capacidad de pensar *Ideas suicidas"	"Subescala de Depresión: (11 items, 23,4% del peso total) 38. Me cuesta tomar decisiones. 39. Me cuesta concentrarme. 40. Pienso más lento de lo habitual. 42. Me cuesta cumplir con mis responsabilidades. 3. Creo que la mayoría de la gente está mejor que yo. 43. Pienso en la muerte. 44. He pensado en quitarme la vida. 45. He planeado acabar con mi vida. 31. Pienso que los demás estarían mejor sin mí. 32. Siento que todo lo que me propongo sale mal y me lo merezco. 6. No me encuentro
	2. Inferencia asociada a que los sucesos negativos actuales conducen a sucesos negativos futuros (Abramson et al, 1997)	2. <i>Visión negativa del mundo:</i> insatisfacción con su situación actual de vida y la creencia que el mundo está haciendo demandas irrazonables sobre ellos. (Beck et al, 1983)				

						satisfecho(a) con la vida”
	3. Tendencia a la inferencia de características negativas sobre sí mismo(a) cuando ocurren sucesos negativos (Abramson et al, 1997)	3. <i>Visión negativa del futuro</i> : pesimismo acerca de su capacidad para lograr los resultados deseados. (Beck et al, 1983)				
		Ideación suicida: El paciente depresivo Puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar en que sería mejor para todos incluso el mismo si estuviese muerto. (Beck et al, 1983)				
		Atención, memoria y resolución de problemas: A medida que los esquemas idiosincráticos se hacen más activos, el paciente va perdiendo el paciente va perdiendo progresivamente la capacidad de controlar voluntariamente sus procesos de pensamiento y a acudir a esquemas más adecuados, presentándose así una mayor tendencia a elicitar ideas negativas con poca o ninguna relación con la situación real (Beck et al, 1983).				
		El paciente puede perderse en pensamientos				

		negativos reiterados y perseverantes, encontrando cada vez más difícil el concentrarse en estímulos externos (leer, responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). (Beck et al, 1983).				
		El principal problema de concentración se encuentra asociado a la atención; donde el paciente suele estar preocupado por materiales distintos de los que desea atender. (Beck et al, 1983).				
		Autocrático: Como la mayoría de las personas el paciente depresivo busca explicación de sus problemas, sin embargo este tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos. (Beck et al, 1983).				
		Indecisión: El paciente suele creer que su trabajo, su familia o las situaciones exteriores son la causa de su depresión y consciente				

		<p>que si abandona la situación problemática la depresión desaparecerá, pero no está demasiado seguro de lo acertado de esa decisión.</p> <p>Otro tipo de problema surge cuando ha cambiado algún tipo de problema de la vida del paciente y no ha quedado satisfecho; el paciente cree que si invierte el cambio dejará de estar deprimido. (Beck et al, 1983).</p>				
		<p>Percibir los problemas como abrumadores:</p> <p>Experimentar una especie de bloqueo que le impide aportar soluciones que le resultarían evidentes si no estuviesen deprimidos.</p> <p>Muchos se hacen cargo de más de lo necesario, otros creen que se espera de ellos más de lo que de hecho esperan. (Beck et al, 1983).</p>				
		<p>Pensamiento absolutista:</p> <p>Los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutistas. Además tienden a percibir las consecuencias como irreversibles. (Beck et al, 1983)</p>				
		"Delirios: contenido de pensamiento	"Episodio Maníaco /			

		inusual (ideas de Referencia y delirios) primer indicador de la recaída maníaca (Beck et al, 2005) "	Hipomaniaco: *Fuga de ideas *Experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad *Facilidad en la distracción"	*Pensamiento acelerado *Dificultad para concentrarse *Ideas de grandiosidad *Suspiciencia *Fuga de ideas"	ítems, 32,1% del peso total)
	La activación excesiva del sistema de aproximación conductual está asociada con una acelerada actividad cognitiva orientada a promover el logro de objetivos manifestado en optimismo extremo (Alloy, et al 2008).	El paciente maníaco o hipomaniaco percibe una ganancia significativa en cada una de sus experiencias de vida esperando resultados positivos irrealistas a sus esfuerzos, además que ha exagerado las ideas de sus habilidades; esta evaluación conduce a sentimientos de euforia. Además, el bombardeo continuo de evaluaciones y expectativas positivas energiza su impulso y lo impulsa a una actividad continua (Beck et al 1971)			57. Me quejo mucho. 69. Siento que mi pensamiento está muy acelerado y en ocasiones no alcanzo a decir lo que pienso 70. Continuamente hago cambios bruscos de temas en mis conversaciones. 71. Me distraigo fácilmente. 72. Me cuesta atender una actividad específica por mucho tiempo. 76. Dejo muchas actividades sin terminar o finalizar. 60. Soy poco realista en mi autocrítica. 62. Creo que soy muy bueno(a) en todo lo que hago. 61. Siento que soy mucho mejor que los demás. "
		Delirios: pueden ser congruentes con el estado de ánimo en la manía, con individuos que muestran grandiosidad, megalomanía o ideación mesiánica. (Grande, Berk, Birmaher & Vieta, 2016).			
		Variabilidad e inestabilidad de las cogniciones: las creencias y cogniciones desadaptativas Durante episodios maníacos o hipomaniacos puede ser Muy variable en comparación con las evidentes En pacientes depresivos unipolares. (Beck et al, 2005)			
		Sutoestima: pacientes hipomaniacos Una combinación compleja de factores positivos y Autoestima (Beck et al, 2005).			
		Funciones ejecutivas: El mal desempeño en las funciones ejecutivas y la memoria verbal parece estar relacionado no sólo con la gravedad de la enfermedad, sino también con síntomas psicóticos			

		prolongados. (Grande, Berk, Birmaher & Vieta, 2016).			
		"Atención: Comúnmente incluyen el deterioro de la atención, que Contribuir a las dificultades con psicomotricidad, aprendizaje, Memoria y funciones ejecutivas. Pacientes afectivos muestran deterioro del desempeño en áreas de atención. Sin embargo, Hay poca información sobre las disfunciones atencionales en diferentes fases de la enfermedad bipolar. (Martínez-Arán, Vieta, Colom, Reinares, Benabarre, Gastó, & Salamero. (1999). "			
		"Flexibilidad cognitiva y nuevos aprendizajes: Déficits en la alternancia concepto de los pacientes bipolares. Los déficits en estas áreas neurocognitivas pueden comprometer la capacidad de los pacientes para retener, adquirir o reaprender habilidades. (Martínez-Arán, Vieta, Colom, Reinares, Benabarre, Gastó, & Salamero. (1999).			
		Memoria: Los pacientes bipolares tienen un mal desempeño en el recuerdo libre y cued de una lista verbal después de un 20-Min (demora de demora larga) en comparación con los controles. Las fases maníacas se caracterizan por patrones idiosincrásicos de aprendizaje y asociación verbal. En el aprendizaje hay un déficit durante la manía se basan en la incapacidad de retener previamente aprendido la información correcta, en tareas de recuerdo libre			

		(Martínez-Arán, Vieta, Colom, Reinares, Benabarre, Gastó, & Salamero. (1999).			
"Sistema afectivo/emocional: Tejido emocional de la vida: hace referencia a el afecto de forjar y lograr mantener relaciones, el placer de premiar las actividades que se realiza, la tristeza frente a la pérdida o derrota, la ira para contrarrestar los delitos (Beck, 2014)."		Tristeza: La mayoría de pacientes informa de un estado de tristeza e infelicidad. Es posible que los reporten en términos de sensaciones corporales “siento que la tristeza impregna mi cuerpo”. (Beck et al, 1983).			
	Afecto negativo asociado a la alta sensibilidad del Sistema de inhibición conductual; dicha inhibición o desactivación se produce ante pérdidas y fallos del sujeto, reflejándose en la pobre conducta cognitiva y conductual hacia el logro de metas y objetivos. (Alloy, et al 2008).	Periodo alternantes de tristeza, experimentada como un dolor psíquico con poca capacidad de ser tolerado y afrontado (Beck et al, 1983)			
		Culpa: El sentimiento de “estar haciendo las cosas mal” se sustenta en patrones idiosincráticos”. Surgen a menudo por el sentimiento de haber cometido una infracción al código ético o moral. Algunos pacientes pueden llegar a sentir más culpa por pensamientos y deseos que por acciones. El sentimiento de culpa a menudo se debe a la suposición de ser responsable por la conducta de otras personas. A menudo la culpa puede añadir una			

		carga que aumente la conducta contraproducente. (Beck et al, 1983).			
		Vergüenza: Sentimiento de culpa a causa de algún aspecto socialmente indeseable de su personalidad o conducta. Surge de la creencia de ser juzgado como infantil, débil, loco o en general inferior. (Beck et al, 1983)			
		Cólera y rabia: Los sentimientos depresivos de cólera no son uno de los problemas típicos del paciente depresivo; de hecho, algunos de estos suelen experimentar más ira cuando se empiezan sentir progreso. Cuando se presenta este malhumor, la persona suele estar abrumada por pensamientos que giran en torno a la intolerancia hacia otros y a una necesidad de venganza. (Beck et al, 1983)			
	Activación excesiva del sistema de aproximación conductual genera un estado de vulnerabilidad que ante eventos relevantes conduce a respuestas de euforia, irritabilidad, optimismo, autoconfianza excesiva y búsqueda de objetivos (Alloy, et al 2008).	combinación compleja de factores positivos y Autoestima elevada (Goldberg, Wenzel, Welker, Steer & Beck, 2005)	<i>Episodio Maníaco / Hipomaniaco:</i> *Estado de ánimo Elevado, expansivo o irritable *Aumento de autoestima *Sentimientos de grandeza	<i>Episodio Maníaco:</i> *Humor elevado *Euforia *Humor expansivo *Irritabilidad *Autoestima elevada	<i>Subescala de Manía: (5 ítems, 17,8% del peso total)</i> 55. Reacciono con ira frente a situaciones que antes toleraba. 54. Me siento altamente irritable. 53. Percibo un entusiasmo excesivo e indiscriminado en mis relaciones. 56. Me cuesta tolerar el fracaso. 59. Presento un aumento excesivo en mi autoestima.

"Sistema conductual: Comprende la movilización automática del organismo (Beck, 1996)."		Habilidades sociales: Suele presentarse un funcionamiento inferior en casi todos los aspectos, incluso social. Es posible que el paciente evite a los demás o bien ceda ante sus deseos. (Beck et al, 1983).	"Episodio Depresivo Mayor: *Agitación o retraso psicomotor *Intentos suicidas"	"Episodio Depresivo: *Disminución de la actividad *Enlentecimiento psicomotor *Actos suicidas"	"Subescala de Depresión: (4 ítems, 8,5% del peso total) 25. Ahora soy más lento para realizar mis actividades cotidianas que antes. 28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo. 46. He intentado acabar con mi vida 28. Ha habido periodos de tiempo en el que suelo permanecer inmóvil por largo tiempo."
	La configuración de desesperanza constituye el predictor más importante para el riesgo suicida (Abramson, 2002) 2. La desactivación excesiva del sistema de aproximación conductual en respuesta a eventos relevantes tales como fallo definitivo y no alcanzar metas conducen a retardo psicomotor (Alloy, et al 2008).	Forma de inhibición neurofisiológica manifestada en lentitud psicomotriz (Beck et al, 1983). 2. Puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar en que sería mejor para todos incluso el mismo si estuviese muerto. (Beck et al, 1983)			
		"Aumento de la actividad o de la energía: El requisito de diagnosticar un episodio maníaco sólo si el trastorno del estado de ánimo se acompaña de un aumento de la actividad o de la energía. (Grande, Berk, Birmaher, & Vieta. 2016).	"Episodio Maníaco / Hipomaniaco: Aumento de la actividad dirigida *Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación Agitación psicomotora *Participación excesiva en actividades que tienen posibilidades de consecuencias dolorosas"	"Episodio Maníaco: *Aumento de la actividad *Inquietud física *Aumento de la locuacidad *Aumento de la sociabilidad *Aumento de los gastos *Comportamiento temerario o irresponsable *Implicación excesiva en actividades *Pérdida de las inhibiciones sociales normales"	"Subescala de Manía: (8 ítems, 28, 5% del peso total) 58. Hago comentarios hostiles 66. Hablo sin cesar sin tener la intención de comunicarme con los demás. 67. Hablo muy rápido, fuerte y es difícil interrumpirme. 68. Incluyo en mi discurso juegos de palabras e impertinencias. 73. Permanezco inquieto(a) la
		Aceleramiento psicomotriz: A nivel fenomenológico, los pacientes deprimidos Muestran un retraso psicomotor, que es más común en bipolar que los pacientes unipolares, mientras maníaco Los pacientes presentan hiperactividad y una aceleración psicomotora.			

		Niveles de actividad más altos por la noche (Martínez-Arán, Vieta, Colom, Reinares, Benabarre, Gastó, & Salamero 1999).			mayor parte del tiempo. 74. Participo en muchas actividades, que no son necesariamente útiles, al mismo tiempo 75. Compro desmesuradamente elemento que realmente no necesito. 78. Percibo un aumento en mi actividad sexual."
	La desincronización del impulso del ritmo biológico del comportamiento durante episodios hipomaniacos o maniacos vuelve a los individuos vulnerables a Cambios en el ritmo de actividades puesto que mantener un patrón conductual rutinario Invoca un control artificial sobre la desregulación de sus ritmos biológicos (shen et al, 2008).	Las excesivas evaluación es positivas de las circunstancias somete al individuo a bombardeo continuo de expectativas positivas energizando su impulso hacia una actividad continua y constante (Beck et al 1971).			
		El habla rápida y presionada es una de las más características Características de la manía. En el otro La incoherencia del habla maníaca se debe a cambios De una estructura de discurso coherente a otra. (Martínez-Arán, Vieta, Colom, Reinares, Benabarre, Gastó, & Salamero 1999).			
		Aumento de productividad: estos síntomas son a menudo agradables Y se perciben aparentemente productivos, por lo tanto, preferible a Depresión. Malhi, Tanius, & Berk. (2012).			

<p>"Sistema somativo/motivacional: Comprende los impulsos automáticos involuntarios e inhibitorios (Beck, 1996). Este se dedica a mantener el statu quo, que se convierte en una forma de vida (Beck, 2014)"</p>		<p>Dependencia: La creciente dependencia se puede entender en términos cognitivos desde su visión personal como inepto y dado que sobre estima la dificultad de las tareas espera fracasar en todo. Así tiende a buscar ayuda y seguridad en otros que el considera más competente y capacitados. (Beck et al, 1983)</p>	<p>"Episodio Depresivo Mayor: *Disminución importante del interés por todas o casi todas las actividades *Pérdida importante de peso *Disminución o aumento de apetito *Insomnio o hipersomnia *Fatiga o pérdida de la energía"</p>	<p>"Episodio Depresivo: *Reducción de la energía *Capacidad de interés reducida *Apetito disminuido *Pérdida de peso *Disminución de la libido *Sueño alterado "</p>	<p>"Subescala de Depresión: (19 ítems, 41,4% del peso total) 9. Las cosas que me gustaban ya no interesan. 12. Mis actividades favoritas ahora me aburren. 15. Suelo tener menos iniciativa que antes. 34. Me siento cansado(a) sin razón aparente 35. Me siento sin energías para realizar mis tareas habituales 37. No me resulta fácil hacer las cosas que solía hacer antes. 13. Prefiero quedarme en mi cuarto, y/o en mi casa, que hacer cosas nuevas 20. Me levanto más temprano de lo habitual, sin motivo aparente. 21. Tengo problemas para conciliar el sueño. 22. Al levantarme me siento muy cansado (a) 23. Me despierto constantemente en las noches. 24. Tengo el sueño ligero o me despierto fácilmente. 10. Las cosas que antes me molestaban ahora me son indiferentes 11. No me interesa ver ni hablar con los demás. 14. Presento una disminución en mi deseo sexual.</p>
	Las personas deprimidas realizan atribuciones globales, estables y globales para tales resultados; estas atribuciones tienen efectos negativos predecibles sobre las expectativas de éxito en las tareas y sobre la motivación al sobregeneralizar la existencia de obstáculos (Abramson et al, 1978).	Poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación. La poca fuerza de voluntad es suscitada por el pesimismo. (Beck et al, 1983).			
	La desactivación excesiva del sistema de aproximación conductual en respuesta a eventos relevantes tales como fallo definitivo y no alcanzar metas conducen baja energía retardo psicomotor (Alloy, et al 2008).	La apatía y pocas energías son consecuentes a la creencia global de fracaso; la inhibición psicomotriz fundamentada en la visión negativa del futuro (sensación de futilidad. Beck et al, 1983).			
		Poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación. La poca fuerza de voluntad es			

		suscitada por el pesimismo. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar de lo que parece una situación intolerable o problemas irreparables. (Beck et al, 1983)			<p>16. He bajado notablemente de peso.</p> <p>17. Presento una disminución significativa de mi apetito.</p> <p>18. Recientemente presento un aumento significativo de peso.</p> <p>19. Presento un aumento significativo de mi apetito"</p>
		El paciente depresivo suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda que puede tomar forma de queja o exigencias generalmente excede la necesidad real de ayuda. El hecho de conseguir la ayuda solicitada puede aportar al paciente un alivio temporal, también puede forzar su dependencia y falsa seguridad.			
		La apatía y pocas energías son consecuentes a la creencia global de fracaso. La inhibición psicomotriz fundamentada en la visión negativa del futuro (sensación de futilidad). (Beck et al, 1983)			
		Fisiológico: alteración del sueño, Es uno de los síntomas más habituales de la depresión. La persona con depresión presenta algún tipo de alteración en el sueño, entre los problemas más frecuentes se encuentran la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del sueño y el despertar muy tempranos en la mañana. (Beck et al, 1983)			
		Alteraciones sexuales y apetito: La pérdida del apetito y pérdida sexual es uno de los primeros y más habituales síntomas. Estos síntomas no suelen preocupar tanto al paciente de manera			

		<p>inicial.</p> <p>Algunos pacientes suelen ganar peso durante el comienzo de la depresión y otros en el intermedio de la misma (Beck et al, 1983)</p>			
		<p>La ausencia de motivación suele ser uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente sabe lo que tiene que hacer pero no tiene el deseo o estímulo interno para efectuarlo. En la mayoría de los casos permanece inmóvil por que se cree incapaz de desarrollar la actividad.</p> <p>La pérdida de motivación a menudo es acompañada por una fuerte tendencia a evitar actividades constructivas. (Beck et al, 1983)</p>			
		<p>Sueño: Múltiples líneas de investigación sugieren que el deterioro del sueño puede inducir y pronosticar episodios maníacos. Asimismo, el tratamiento de la alteración del sueño puede servir tanto como objetivo del tratamiento como una medición de respuesta en la manía.</p> <p>Sugieren que la manía está asociada con perturbaciones marcadas de la continuidad del sueño y las medidas de REM. La continuidad del sueño y anomalías del sueño REM. (Hudson, Lipinski, Frankenburg, Grochocinski, & Kupfer. 1988).</p>			
		<p>La desinhibición sexual es características de los episodios de manía en su etapa aguda; entre las conductas asociadas más regulares se encuentran la promiscuidad,</p>	<p>"Episodio Maníaco / Hipomaniaco: *Disminución de la necesidad de dormir.</p>	<p>"Episodio Maníaco: *Aumento de la energía y de la actividad *Disminución de la necesidad de</p>	<p>"Subescala de Manía: (4 ítems, 17,8% del peso total) 65. Siento que mientras</p>

		los pensamientos sexuales y conductas desaprobadas. (Arrillaga & Juárez, 2003).		sueño *Aumento del vigor sexual".	duermo pierdo mucho tiempo. 63. Duermo más de lo normal o muy poco, sin motivo aparente. 64. Me cuesta conciliar el sueño. 77. Siento un aumento irrefrenable en mi apetito sexual."
	Activación excesiva del sistema de aproximación conductual en respuesta a eventos relevantes conduce a menor necesidad de sueño (Alloy, et al 2008).	Los sujetos con manía tienen una visión distorsionada de su necesidad de sueño con respecto al requerido. Entre los problemas más frecuentes se encuentran la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y el despertar muy tempranos en la mañana (Beck et al 1983).			
Clasificaciones.					
Depresión: Sensación de tristeza producto de disfunciones en la forma como interpretamos los hechos que se presentan en la vida cotidiana (Beck, 1974).		Episodio Depresivo (2 semanas) *Ep. Depresivo Leve *Ep. Depresivo Moderado *Ep. Depresivo Grave, sin síntomas psicóticos *Ep. Depresivo Grave, con síntomas psicóticos *Otros Ep. Depresivos *Ep. Depresivo sin especificación.	<i>Episodios Depresivos:</i> *Ep. Depresivo Leve -Sin síndrome somático -Con síndrome somático *Ep. Depresivo Moderado -Sin síndrome somático -Con síndrome somático **Ep. Depresivo Grave, sin síntomas psicóticos *Ep. Depresivo Grave, con síntomas psicóticos -Con síntomas psicóticos congruentes del estado de ánimo-		"Depresión: La Depresión está representada en la sub-Escala de Depresión de EMTA, que comprende desde el ítem 1 al 47, la cual mide: □ A nivel global: Es una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [47,75], Bajo [76, 104], Medio [105, 133], Alto [134,162] y Superior [193,188]. □ A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre. "

		Con síntomas psicóticos No congruentes del estado de ánimo *Otros Ep. Depresivos *Ep. Depresivo sin especificación.		
	<i>Trastorno Depresivo:</i> *Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo *Trastorno de Depresión Mayor *Trastorno Depresivo persistente (Distimia) *Trastorno disforico premenstrual *Trastorno Depresivo inducido por sustancias/medicamentos *Trastorno Depresivo debido a otra afección médica *Otro Trastorno Depresivo especificado *Otro Trastorno Depresivo no especificado.	<i>Trastorno Depresivo Recurrente:</i> *Trastorno Depresivo Recurrente, Ep. Actual Leve *Trastorno Depresivo Recurrente, Ep. Actual Moderado *Trastorno Depresivo Recurrente, Ep. Actual grave sin síntomas psicóticos *Trastorno Depresivo Recurrente, Ep. Actual grave con síntomas psicóticos *Trastorno Depresivo Recurrente actual en remisión *Otros Trastornos Depresivos	"Trastorno del humor (Afectivo) persistentes: *Ciclotimia (Presencia de al menos 2 años de inestabilidad) *Distimia (Dura al menos varios años) *Otros Trastornos del humor (Afectivo) persistentes *Trastorno del humor (Afectivo) persistentes *Trastorno del humor (Afectivo) persistente sin especificación	

		Recurrentes *Trastorno Depresivo Recurrente sin especificación.	ones Otros Trastornos del humor	
	<i>Trastorno Bipolar I:</i> *Ep. Maníaco *Ep. Hipomaniaco *Ep. Depresivo Mayor.	<i>Episodio Maníaco:</i> *Hipomanía (Elevación del humor o irritabilidad al menos 4 días consecutivos) *Manía sin síntomas psicóticos *Manía con síntomas psicóticos *Otros Ep. Maníacos *Ep. Maníaco sin especificación.	(Afectivo): *Otros Trastornos del humor (Afectivo) recurrente *Trastornos Depresivos recurrentes breve *Otros Trastornos del humor (Afectivo) Trastornos del humor (Afectivo) sin especificar"	"Manía: Está representada en la sub-Escala de Manía de EMTA, que comprende desde el ítem 52 al 80, la cual mide: <input type="checkbox"/> A nivel global: En una Escala intervalar con 5 niveles: Inferior [29,46], Bajo [47, 64], Medio [65, 82], Alto [83,100] y Superior [101,116]. <input type="checkbox"/> A nivel individual: Cada ítem mide en una Escala ordinal jerárquica con 4 opciones de respuesta: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Casi siempre y (4) Siempre."
	<i>Trastorno Bipolar II:</i> *Ep. Hipomaniaco *Ep. De Depresión Mayor *Trastorno ciclotímico *Trastorno Bipolar y relacionado o inducido por sustancias/medicamentos *Otro Trastorno Bipolar y Trastorno relacionado especificado *Otro Trastorno Bipolar y Trastorno relacionado	<i>Trastorno Bipolar:</i> *Trastorno Bipolar, Ep. Actual hipomanía *Trastorno Bipolar, Ep. Actual maníaco sin síntomas psicóticos *Trastorno Bipolar, Ep. Actual maníaco con síntomas psicóticos *Trastorno		

	no especificado.	<p>Bipolar, Ep. Actual Maníaco con síntomas psicóticos *Trastorno</p> <p>Bipolar, Ep. Actual Depresivo Leve a Moderado *Trastorno</p> <p>Bipolar, Ep. Actual Depresivo Grave sin síntomas psicóticos *Trastorno</p> <p>Bipolar, Ep. Actual Depresivo Grave con síntomas psicóticos *Trastorno</p> <p>Bipolar, Ep. Actual Mixto *Trastorno</p> <p>Bipolar, actual en remisión *Otros Trastornos Bipolares *Trastorno Bipolar sin especificación.</p>		
--	------------------	---	--	--